



REVISTA ARGENTINA DE REHABILITACIÓN

REVISTA CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | VOLUMEN 4

04

VOL. 4 N°1 | DICIEMBRE 2009

VENTA Y ALQUILER

- * Sillas de ruedas: Standard, de paseo, pediátricas, deportivas (Tenis, Basket, Maraton), ultralivianas (Aluminio y Titanium), motorizadas, scooters.
- * Almohadones y colchones antiescaras
- * Equipamiento para el dormitorio
Elevador hidráulico para pacientes
- * Seguridad en el baño: Asiento sanitario portátil, Elevador de inodoro con o sin apoyabrazos, Banco de transferencia, Banqueta con o sin respaldo para ducha, Barras de seguridad, Silla para baño con ruedas.
- * Bastones, muletas y andadores
- * Productos de rehabilitación y A.V.D.
- * Incontinencia y cuidado de escaras

Consulte por otros productos

Representantes exclusivos de:



TOP END[®]



Kinesio Tex[®]





REVISTA ARGENTINA DE REHABILITACIÓN

REVISTA CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | VOLUMEN 4 N°1 | DICIEMBRE 2009

Revista Científica de la Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación
Año 4 Volumen 4 N°1 - Diciembre 2009

Presidente de SAMFYR	Dra. Myrtha Vitale
Directora de la Revista	Dra. Mónica Agotegaray
Comité Editorial	Dr. Luis Li Mau Dr. Alberto Rodríguez Vélez Dra. Carolina Schiappacasse Dra. Roxana Secundini
Consultor	Prof. Dr. José Benito Cibeira
Comité Científico	Dra. Graciela Giglio de Guerrini Dr. Daniel Guichón Dra. Irma Regueiro Dr. Fernando Sotelano Dr. Eduardo Ramírez Calonge

SAMFYR Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación

Secretaría: Echeverría 955 (1428), Buenos Aires, Argentina
 Tel./Fax: + 54 11 4782-6088
 e-mail: secretaria@samfyr.org - samfyr@fibertel.com.ar
www.samfyr.org

04

La Revista Argentina de Rehabilitación (ISSN 1850-387X) es la publicación científica oficial de la Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación (socia de la Sociedad Internacional de Medicina Física y Rehabilitación -ISPRM- y Asociación Latinoamericana de Rehabilitación -AMLAR-). La Revista Argentina de Rehabilitación es editada por la SAMFYR. Su edición es semestral, 1000 ejemplares y abarca temas relacionados a la Medicina Física y Rehabilitación tanto en sus aspectos neurológicos como ortopédicos en las poblaciones de adultos y niños. Se distribuye entre profesionales médicos especialistas, y entre las profesiones relacionadas con la rehabilitación.
 Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en ningún medio

electrónico o mecánico, incluyendo fotocopiado, grabaciones u otros sistemas de información sin autorización por escrito del Editor.

Se entrega en forma gratuita a todos los socios de la SAMFYR. Para suscripciones dirigirse a: Secretaría de la Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación. Echeverría 955 2º piso (1428) Buenos Aires, Argentina.

Tel/Fax: 54 11 4782-6088 e-mail: samfyr@fibertel.com.ar
 web site www.samfyr.org.ar

Las publicidades incluidas en esta publicación son gerenciadas por la SAMFYR, pero la publicación de productos comerciales no implica la recomendación de los mismos por parte de la Sociedad.



Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación

Secretaría: Echeverría 955 (1428), Buenos Aires, Argentina

Tel./Fax: + 54 11 4782-6088

e-mail: secretaria@samfyr.org - samfyr@fibertel.com.ar

web site: www.samfyr.org

HORARIO: lunes, miércoles y jueves de 15,30 a 19:00 hs. Fax y contestador automático las 24 hs.

Invitación: Todo Profesional del área de la Rehabilitación que se halle interesado en formar parte de nuestra Sociedad (SAMFYR), puede hacerlo en calidad de socio adherente.

Además se recuerda a los socios adherentes que posean título de especialista en Rehabilitación la posibilidad de pasar a ser socios titulares, para lo cual deberán presentar un trabajo científico original.

Documentación que deben presentar los aspirantes a Socios Titulares

- Tener dos años de antigüedad como adherentes
- Título de Médico
- Título de médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación
- Ficha personal Completa
- Currículum Vitae actualizado
- Presentación de trabajo científico inédito

Documentación que deben presentar los aspirantes a Socios Adherentes

- Título profesional de profesiones vinculadas al área de rehabilitación
- Certificado del lugar de trabajo que acredite su actividad en rehabilitación
- Aval del Colegio Profesional o área de incumbencia supervisora
- Nota de presentación de dos socios titulares
- Si es del Interior la documentación debe ser certificada por un miembro titular de la Sociedad, dado que sólo se envían fotocopias.



REVISTA ARGENTINA DE REHABILITACIÓN

REVISTA CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | VOLUMEN 4 N°1 | DICIEMBRE 2009

Índice

1 Editorial

Mónica Agotegaray

REVISIÓN

2 Rehabilitación oncológica

Dalia Rajjman

TRABAJO ORIGINAL

12 Paternidad y Maternidad en la lesión medular

Mónica Agotegaray, Alberto Rodríguez Velez

TRABAJO ORIGINAL

18 Tratamiento de rehabilitación precoz en niños quemados

M. Julieta Porcel, Adriana Montes, Alberto Tuninetti

TRABAJO ORIGINAL

23 Toxina botulínica: experiencia en vejiga neurógena

Enrique Turina, Ángel Ozon, Daniel Ekizian

NOTA

27 La relación médico paciente en Rehabilitación

Daniel Guichón

37 Congresos, Jornadas y Cursos

38 Criterios generales para la aceptación de manuscritos

04



Comisión Directiva 2008-2009

Presidente	Dra. Myrtha Vitale
Vicepresidente	Dra. Mónica Agotegaray
Secretaria	Dra. Carolina Schiappacasse
Prosecretaria	Dra. Graciela Mouce Pico
Tesorero	Dr. Norberto Gagliardi
Protesorero	Dra. Diana Muzio
Secretario de Actas	Dra. Patricia Mayol
Directora de Publicaciones	Dra. Cristina Insúa
Vocales Titulares	Dra. Silvina Ajolfi
	Dra. Noemí Burgos
	Dra. Carolina Ayllón
Vocales Suplentes	Dra. Silvia Yamahachi
	Dr. Daniel Magliaro



Comisión Directiva 2010-2011

Presidente	Dra. Delia Noemí Burgos
Vicepresidente	Dra. Carolina Schiappacasse
Secretaria	Dra. Diana Muzio
Prosecretaria	Dra. Patricia Mayol
Tesorero	Dr. Daniel Magliaro
Protesorero	Dra. Hebe Castillo
Secretario de Actas	Dra. Carolina Ayllón
Directora de Publicaciones	Dra. Roxana Secundini
Vocales Titulares	Dra. Myrtha Vitale Dra. María Cristina Insúa Dr. Ariel Plit
Vocales Suplentes	Dra. Fabiana Prieto Dr. Gastón Topol

ACTUALIZACIÓN

Argentina, Revista
Rehabilitación
Edición Cuatrimestral
Aspectos neuror
Aspectos ortoped
Artículos ordin
Tratamiento
investigación
Podemos resumirlo en una palabra
científica
de la s
y Medicina
Fisiopatología
Epidemiología
Diagnóstico
Casos clínicos
Artículos espe
Crítica de literos



Editorial

Dra. Mónica Agotegaray

Estimados socios:

Cuando iniciamos esta publicación en el año 2006 lo hicimos con el anhelo de tener un órgano de publicación y difusión permanente de nuestras investigaciones. Consideramos que podríamos conseguir una edición constante de tres revistas al año ya que el número de trabajos presentados en nuestros congresos había crecido en cantidad y calidad en los últimos años. Con este número mínimo de publicaciones y cumpliendo una serie de requisitos básicos para las publicaciones científicas, al cabo de un año de permanencia sería posible ingresar al Núcleo Básico de Publicaciones Científicas de Argentina, encaminados hacia la indización de nuestra revista y de esta manera lograr visibilidad a través de los buscadores científicos de la web.

Desde esta dirección se ha realizado todo el esfuerzo para cumplir con los requisitos solicitados en cuanto a calidad editorial, pero no se ha podido, lamentablemente, lograr el objetivo de permanencia a través de la frecuencia continua de al menos tres números anuales por la falta de envío de trabajos para su evaluación y publicación.

Desde la Dirección de la Revista han transcurrido cuatro años de trabajo para la revista y consecuentemente para SAMFYR. Dejo este lugar para la próxima dirección con el deseo de que se puedan alcanzar en los años venideros los objetivos anhelados, así como también queriendo hacer llegar mi aliento a nuestros socios y en especial a los más jóvenes para el envío del material para su publicación.

Nuestra especialidad es rica en muy diversas disciplinas y necesita difusión, nuestros especialistas necesitan dar a conocer sus experiencias y que el resto se nutra de las observaciones para asimilarlas y poder replicarlas en sus lugares de trabajo. Esto hace que todos crezcamos y que nuestra Sociedad se fortalezca.

La SAMFYR realiza un esfuerzo grande en esta empresa, tanto económico como en horas de trabajo editorial, no desaprovechemos esta oportunidad.

Mónica Agotegaray
Directora

Rehabilitación oncológica

Dalia Raijman¹

Resumen

Los cambios demográficos observados a finales del siglo XX y en el actual han sido considerables. El número de personas mayores de 60 años en el mundo ha aumentado considerablemente durante los últimos 100 años, alcanzando una cifra sin precedentes de alrededor de 600 millones. La prevalencia de enfermedades crónicas entre ellas el cáncer también aumenta con la edad, y con los avances en los campos asistenciales la sobrevivencia del paciente con cáncer ha aumentado, por lo que se hace una realidad cercana ofrecer respuesta desde la rehabilitación en esta patología.

Ciertas afecciones incluyendo el dolor, la caquexia, fatiga, disminución de rangos articulares, dependencia para las actividades de la vida diaria, dificultad en la movilidad o complicaciones de la quimioterapia, o radiación, ocurren de forma diferente en distintos tipos de cáncer. La implementación del plan terapéutico debe estar determinada por el diagnóstico específico y la deficiencia específica que presenta cada paciente. La intervención médica no será la misma en tumores de rápida progresión o en aquellos de progresión lenta o indolente. El diagnóstico específico oncológico, el estadio tumoral y el tipo de tratamiento deberán ser tenidos en cuenta por el médico rehabilitador a la hora de planificar un plan de tratamiento.

La pertinente información médica debe ser informada a todo el equipo interdisciplinario para asegurar la calidad de atención del paciente y aportar una intervención real y efectiva en el transitar del paciente por las diferentes fases de su enfermedad.

Palabras clave: Rehabilitación, oncología, cáncer.

Introducción

Los cambios demográficos observados en el siglo XX y a comienzos del siglo XXI han sido dramáticos. En términos generales la media de edad en el mundo ha aumentado significativamente y la esperanza de vida promedio del ser humano se duplicó durante el transcurso del siglo XX. El número de personas mayores de 60 años se ha elevado considerablemente durante los últimos 100 años, alcanzando la cifra sin precedentes de aproximadamente 600 millones de personas. Visto desde otra perspectiva, para el 2050 habrá 3,2 personas mayores de 60 años por cada niño menor de 4 años.¹ Si

se considera que el desarrollo de enfermedades crónicas, un estilo de vida sedentario y el riesgo de incapacidad aumentan con la edad, resulta importante señalar que, de todos los grupos etáreos el de más rápido crecimiento es el de personas mayores de 85 años. Como factor agravante, la incidencia de muchas enfermedades crónicas como la cardiopatía isquémica, la diabetes, la hipertensión arterial, el cáncer, y la osteoartritis también aumentan con la edad. Si a esto se le suma que muchos pacientes son hospitalizados frecuentemente y que dicha estancia en el hospital viene acompañada de descanso en cama, muchas veces prolongado, resulta fácil entender los riesgos del sinergismo que parece existir entre el envejecimiento, la inmovilización y el cáncer.

La necesidad de la rehabilitación oncológica fue descrita por primera vez entre 1960 y 1970, los primeros en

Correspondencia: daliaraijman@gmail.com

Recibido 4-5-09

Aceptado 9-6-09

describirla y practicarla fueron Rusk², Dietz³ Leheman, De lisa, y de Lateur.⁴ Se estima que el número de pacientes que han sobrevivido 5 años o más con una historia de cáncer es de 4 millones en Estados Unidos.⁵ El porcentaje de sobrevivida a 5 años ha aumentado a 65% en la mayoría de los pacientes en las últimas dos décadas.⁶ La incidencia de cáncer ha aumentado de 500 en 100.000 a 2000-4000 en 100.000 en hombres y mujeres entre 50 y 80 años.⁷ Sin embargo el porcentaje de curación continúa siendo aun mucho más bajo por lo cual gran cantidad de pacientes tratados pasan a ser pacientes crónicos. Asimismo este caudal de pacientes continúa ascendiendo a través de los años, debiendo el profesional médico redefinir el término de paciente terminal a paciente crónico afectado por cáncer.

A pesar de que se ha establecido que la mayoría de los pacientes con cáncer podrían beneficiarse con la rehabilitación oncológica, convencer a los médicos oncólogos y a los servicios de salud de la importancia de un servicio de rehabilitación oncológica todavía sigue siendo un desafío. Los tratamientos empleados para combatir el cáncer son complejos y generalmente están dirigidos a pacientes que poseen previamente otras comorbilidades. Por lo anterior el paciente con cáncer necesita una rehabilitación completa diseñada a aliviar síntomas como el dolor, la fatiga, y la debilidad muscular.

Whelan et al.⁸ resumieron los síntomas que los pacientes expresaban mediante encuestas, entre ellos incluyeron:

fatiga, preocupación, ansiedad, trastornos en el sueño y dolor. A su vez los pacientes señalaron que necesitan mayor información y educación acerca de su enfermedad, mayor contención social y ayuda para las actividades de la vida diaria. Como se deduce de lo anterior gran parte de las preocupaciones que aquejan a los pacientes son de la incumbencia del médico rehabilitador.

Ganz et al⁹ encuestó a 500 pacientes con cáncer de colon, pulmón, y próstata que han vivido con cáncer por más de un año y encontraron que el 80 % tenían alguna dificultad en la marcha y en 50% de estos pacientes, la dificultad en la marcha era severa. Se ha estudiado también que más del 50% de los pacientes presentan trastornos depresivos¹⁰ y que ésta se relaciona con el grado de afectación física del mismo.

La Medicina de Rehabilitación puede actuar en todas las fases de la enfermedad: pre-tratamiento, tratamiento, remisión, recurrencia y fin de la vida.

Los pacientes con tumores primarios de páncreas entre otros, no poseen gran porcentaje de sobrevivida, pero otros como colon, recto, próstata, mama, pulmón, linfoma y vejiga pueden presentar sobrevividas más largas y se beneficiarían ampliamente con un tratamiento rehabilitador.

Se han desarrollado nuevos modelos de tratamiento orientados a preservar y promover la funcionalidad del paciente durante todas las fases del tratamiento.

Tabla 1.

Fase del Cáncer	Posibles síntomas	Áreas funcionales afectadas	Temas a tratar
I Pre-tratamiento	Ansiedad, dolor, pérdida funcional.	AVD, sueños, fatiga.	Educación acerca de las AVD, preservar función, rehabilitación pre-tto: ROM, AVD, fuerza muscular, acondicionamiento físico.
II. Tratamiento primario	Dolor, ansiedad, disminución de la movilidad, lesiones en piel, trastorno en el habla o deglución, disminución de fuerza muscular, fatiga.	AVD, sueño, resistencia, cuidados personales, cosmética, comunicación, nutrición.	Evaluar efectos del tto, preservar y restaurar función a través de actividad física, manejo del linfedema, ROM, aumentar actividad, manejo del dolor, sueño, relajación, higiene.
III. Terminado el tratamiento	Dolor, ansiedad, depresión, disminución de la movilidad, edema, fatiga, descondicionamiento físico, pérdida de peso.	Sueño, fatiga, AVD, dificultades laborales, cosmética.	Programa para restaurar movilidad rutinas diarias, y promover vida saludable, educar al paciente, examen de autocuidado, programa de mantenimiento de ejercicios y manejo del edema.
IV Recurrencia	Dolor, debilidad, ansiedad, fatiga, resistencia, edema, inestabilidad ósea, anorexia, síntomas en SNC u otros órganos.	Sueño, fatiga, discapacidad, disrupción de las rutinas, cosmética, dificultades laborales.	Educación al paciente acerca del impacto de la recurrencia los efectos en la función, supervisar un programa adecuado para restaurar función (ortesis, ayuda marcha, adaptaciones para las AVD, actividad física).
V. Fin de la vida	Dolor, fatiga, anorexia.	Disminución de la movilidad, dependencia para los cuidados propios.	Educación al paciente acerca de conservación de la energía, transferencias, tecnología asistida, manejo del dolor, mantener independencias para las AVD.

ROM: Rango de movimiento, AVD: actividad de la vida diaria.

Gerber LH, Vrgo MM, Rehabilitation of the cancer patient. In: De vita V, Hellman S, Rosenberg S, editors. Cancer: principles and practice of oncology. 7th edition. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins; 2005. p. 2719-46.

Este nuevo modelo de atención identifica las necesidades, síntomas y déficits funcionales que ocurren con más frecuencia en pacientes oncológicos pero sobre todo establece un marco conceptual sobre el cual el médico rehabilitador puede basarse a la hora de realizar un plan de tratamiento para cada paciente.

La comunidad oncológica ha usado la escala de Karnofsky¹¹ durante varias décadas, pero no provee suficiente información para guiar al médico en la selección apropiada del tratamiento a realizar.

Ciertas afecciones incluyendo el dolor, la caquexia, fatiga, disminución de rangos articulares, dependencia para las actividades de la vida diaria, dificultad en la movilidad o complicaciones de la quimioterapia, o radiación, ocurren de forma diferente en distintos tipos de cáncer. La implementación del plan terapéutico debe estar determinada por el diagnóstico específico y la deficiencia específica que presenta el paciente. Por ejemplo se elegirá medicación transdermal para el dolor en pacientes con cáncer de cuello o cerebro con severa disfagia. La intervención médica no será la misma en tumores de rápida progresión o en aquellos de progresión lenta o indolente. El diagnóstico específico oncológico, el estadio tumoral y el tipo de tratamiento debe ser tenido en cuenta por el médico rehabilitador a la hora de planificar un plan de tratamiento.

La pertinente información médica debe ser brindada a todo el equipo interdisciplinario para asegurar la calidad de atención del paciente y aportar una intervención real y efectiva en el transitar del mismo por las diferentes fases de su enfermedad.¹¹ Los efectos secundarios del tratamiento médico pueden persistir por meses y a veces años posteriormente a la finalización del mismo, pero los efectos inmediatos se concentran mayormente entre el tercer a sexto mes post-tratamiento, siendo éste el período en el cual se debe realizar mayor énfasis en el tratamiento rehabilitador.¹²

PROBLEMAS A TRATAR

Inactividad/ Síndrome de inmovilización

El efecto de la inmovilidad es evidente en muchos pacientes durante los protocolos de tratamiento, generalmente se presenta en el contexto de internación prolongada. Son frecuentes las contracturas articulares,¹³ la hipotensión ortostática, la atrofia muscular, las lesiones de piel, y la osteoporosis en pacientes con períodos largos de reposo en internación.

En un estudio realizado por Muller¹⁴ los músculos de una persona en reposo estricto pueden disminuir entre 1.0 a 1.5% de su fuerza inicial por día, correspondiendo aproximadamente a 10 al 20% pérdida de fuerza por semana. Los músculos antigravitatorios como los gemelos y extensores de columna tienden a perder fuerza en forma desproporcionada más rápidamente en comparación a pequeños músculos.¹⁵ (Las fibras tipo I son mayormente afectadas que las tipo II).¹⁶

Estas complicaciones pueden ser contrarrestadas por un programa diario de entrenamiento físico, los ejercicios isométricos del 10 al 20% de máxima tensión por 10 seg. pueden ayudar a mantener la fuerza muscular¹⁷. La estimulación eléctrica también puede ser utilizada.

Se calcula que el tiempo en recuperar la fuerza muscular es el doble de aquel en el que el reposo hizo que se perdiera.¹⁸

Cuando es posible se aconseja la ambulación activa 2 veces por día en pacientes hospitalizados o simplemente un plan de ejercicios utilizando resistencia antigravitacional con bandas elásticas según tolerancia del paciente.

Mac Vicar et al¹⁹ demostraron que más de un tercio de la caída de la capacidad funcional en los pacientes con cáncer es atribuida a la prolongada inactividad física. Se ha reportado a la actividad física como factor que previene la ansiedad y la depresión en los pacientes tratados.²⁰

Escala de Karnofsky

El paciente es capaz de llevar a cabo su actividad normal y su trabajo; no tiene necesidad de cuidados especiales.	100	Normal; sin evidencia de enfermedad.
	90	El paciente es capaz de llevar a cabo su actividad normal; signos menores de enfermedad.
	80	Actividad normal con esfuerzo; algunos signos-síntomas de enfermedad.
Incapaz de trabajar, capaz de vivir en su hogar y llevar a cabo sus necesidades personales; requiere variada cantidad de asistencia.	70	Incapaz de llevar a cabo una actividad normal o su trabajo.
	60	Ocasional asistencia, pero es capaz de llevar a cabo sus necesidades personales.
	50	Requiere considerable asistencia y frecuente cuidados médicos.
Incapaz de cuidarse a si mismo; requiere internación; la enfermedad progresa rápidamente.	40	Discapacitado; requiere especiales cuidados y asistencia.
	30	Severamente discapacitado; la admisión hospitalaria esta indicada a pesar de que la muerte no es inminente.
	20	Muy enfermo; la admisión hospitalaria es necesaria; un soporte activo es necesario.
	10	El proceso fatal progresa rápidamente.
	0	Muerte.

Uma Monga y col²¹ realizaron un estudio prospectivo, randomizado y controlado en 21 pacientes con cáncer de próstata en tratamiento con radioterapia. El grupo de intervención recibió radioterapia y actividad física 3 veces por semana por 8 semanas y el grupo control solamente radioterapia. Ambos grupos fueron evaluados pre y post tratamiento. Luego de 8 semanas de tratamiento el grupo que realizó actividad física mejoró la resistencia cardiovascular, flexibilidad, fuerza muscular, calidad de vida y prevención de la fatiga.

A pesar de que la mayoría de las investigaciones hacen énfasis en la eficacia de la actividad física en la prevención del cáncer, hay suficiente evidencia que demuestra que el ejercicio influencia también otros aspectos de la enfermedad incluyendo la supervivencia, la respuesta al plan de rehabilitación y la tolerancia al tratamiento médico (quimioterapia/radioterapia).²² El rendimiento físico y la masa muscular del paciente son algunos de los factores más importantes para predecir el tiempo de supervivencia frente a la enfermedad. Los pacientes que presentan anorexia, pérdida de peso y disnea tienen más alta frecuencia de morbimortalidad.

Una hipótesis que explica los beneficios de la actividad física en pacientes con Cáncer es que el ejercicio reduciría el factor de crecimiento de Insulina (IGF) a través de disminución de concentración de proteínas ligadas a la IGF (IGFBP). La IGF jugaría un rol crítico en la proliferación celular y supervivencia y los elevados niveles han sido asociados con aumento de riesgo de cáncer.²³ Otros autores afirman que el ejercicio produciría un down regulation de la interleukina -1 y otras citocinas miotóxicas. De esta manera aumentaría así la masa muscular y la tolerancia a la quimioterapia estimulando los factores de crecimiento tróficos que a su vez estimularían al tamaño de las miofibrillas como la eficacia de las mitocondrias.²⁴

Lesiones en piel

Las prominencias óseas deben ser protegidas con cambios de decúbito estricto, colchones de aire, ortesis, apósitos protectores. Un factor importante a tener en cuenta para mantener un adecuado trofismo de la piel es una alimentación variada con abundante ingesta de proteínas.

Estado de hipercoagulabilidad

Varios tipos de cáncer han sido asociados con un estado de hipercoagulabilidad, los pacientes necesitan una adecuada vigilancia para minimizar riesgo de trombosis venosa y posterior embolia pulmonar. Se recomienda movilización pasiva temprana, vendaje elástico en miembros inferiores y dosis bajas de anticoagulantes.

Efectos cardiovasculares

El desacondicionamiento cardíaco puede llevar a una

taquicardia de reposo. Después de un período de reposo, la frecuencia cardíaca puede aumentar cada día en la primeras 3 a 4 semanas del mismo.²⁵

Por otra parte disminuye el tiempo de diástole, presentando como consecuencia una disminución de la perfusión cardíaca. Esta disminución de la eyección sanguínea en un contexto de ejercicios de máxima y submáxima potencia llevan a una respuesta deletérea cardíaca y a cambios hemodinámicos y ortostáticos.²⁶

El tratamiento de los efectos cardiovasculares está orientado a la prevención. La posición en sedestación previene el deterioro del consumo de oxígeno máximo y la intolerancia ortostática. Los ejercicios isométricos minimizan el descenso en el consumo de Oxígeno.²⁷

La intolerancia ortostática puede evitarse con ejercicios de amplitud articular, deambulación progresiva, fortalecimiento abdominal, mesa de bipedestación, faja abdominal, medicación (Efedrina y Acetato de Fluorocortisona).

Trombocitopenia

Esta patología está descrita frecuentemente en pacientes que reciben quimioterapia y/o radiación extensa como tratamiento de la mielosupresión, infiltración de la médula ósea, esplenomegalia, así también como en leucemias y linfomas. La rehabilitación en estos pacientes está discutida.

El mayor riesgo estaría dado por una hemorragia intracraneal como resultado. Con un conteo plaquetario de $5000/\text{mm}^3$, se ha reportado 1 caso de hemorragia intracraneal en 1 de 92 pacientes que recibían quimioterapia.²⁶ En líneas generales los pacientes con recuento plaquetario entre 5000 y $10000/\text{mm}^3$ podrían realizar ejercicios físicos sin resistencia. Los pacientes con recuento plaquetario por encima de $10000/\text{mm}^3$ pueden realizar actividad física con resistencia, la dembulación estaría permitida con un recuento mayor $5000/\text{mm}^3$. (Guía hematológica de la Universidad de Michigan).

Efectos de la radiación

La radioterapia es un componente integral del tratamiento oncológico para varios tipos de cáncer. Interviene tanto en la fase de curación del paciente como en la fase de cuidados paliativos. Generalmente es usada en metástasis óseas, tumores cerebrales o de tejidos blandos. El médico rehabilitador debe estar entrenado para anticipar, reconocer o acomodar los efectos secundarios de la radioterapia. Por lo tanto establecer una duración del tratamiento es esencial, particularmente cuando consideramos a los pacientes internados o ambulatorios. El transporte desde domicilio es un importante factor a tener en cuenta en un estadio avanzado de la enfermedad.

Los efectos adversos del tratamiento con radioterapia se dividen en tempranos y tardíos: Tabla 2.

*La forma más común de radiación de la medula espinal es una mielopatía transitoria que ocurre en pacientes que son tratados por tumores de cabeza y cuello o linfomas. El síndrome se presenta típicamente en un período de 4 a 6 meses²⁹. La desmielinización ocurre en la columna posterior ascendente del haz espinotalámico, y esta afección da como resultado sensaciones de shock eléctrico, parestesias irradiadas desde el área cervical hasta las extremidades, las parestesias son simétricas y no siguen un área dermatómica en particular. La tomografía es normal y el síndrome se resuelve en 1 a 9 meses. La mielopatía tardía se inicia a los 9-18 meses luego de completar el tratamiento, es generalmente irreversible con una incidencia del 1-12% de los pacientes³⁰, los síntomas se presentan comúnmente en miembros inferiores con parestesias, posteriormente trastorno esfinteriano y debilidad. A veces se inicia como síndrome de Brown-Sequard y con dolor en un 20 % de los pacientes. El dolor aparece típicamente en tronco y como disestesias en miembros inferiores.

Efectos de la quimioterapia

La rápida reproducción de las células de la medula ósea y del sistema gastrointestinal son las más vulnerables al efecto de la quimioterapia. Los efectos tempranos más frecuentes son las náuseas, los vómitos y la anorexia. Los efectos tardíos más frecuentes son la estomatitis, la ulceración mucosa, la queilosis, glositis y faringitis.³¹

La quimioterapia es un importante componente de muchos tipos de protocolos de tratamientos. Muchos de los efectos adversos están relacionados con la dosis y generalmente mejoran luego de la suspensión del tratamiento. Los efectos deletéreos que ocurren durante el tratamiento activo son generalmente advertidos por el médico oncólogo pero todo el equipo tratante debe tener en cuenta estos efectos a la hora de programar el tratamiento de rehabilitación.

La supresión de la medula ósea que resulta en neutropenia crea un estado de alto riesgo de infección, que en ciertas oportunidades lleva al paciente a un conteo de neutrófilos menor a 1000/μL. No hay una formal contrain-

Tabla 2.

Tejido	Características	Agudo 1-3 m	Tardío mas de 3 m	Intervención
Pulmón	Alta radiosensibilidad.	Tos, Disnea, neumonitis.	Inflamación crónica fibrosis, disnea, dolor.	Solicitar PET (recurrencia vs cambios por RT).
Cuello y cabeza	Se asocia con quimioterapia aumentando la toxicidad.	Dermatitis mucositis, xerostomia.	Radio necrosis	Suplementos nutricionales. Higiene dental ATB.
Sistema gastrointestinal Vejiga	Fibrosis e isquemia de la submucosa y muscular de la mucosa.	GI: diarrea, proctitis, tenesmo, urgencia, sangrado, síndrome de malabsorción. Pelvis: Cistitis, fallo ovárico, disfunción eréctil.	Incontinencia, sangrado, ulceración, fistula, fisuras.	Antiinflamatorios orales (sulfasalazina), endoscopia con cauterización, tapón anal, loperamida. Dilatación rectal o vaginal.
Cerebro	Disminución de la irrigación cerebral causando edema y presión intracraneal.	Agudos. Encefalopatía, nausea, tmesis, somnolencia 1-3 m: somnolencia, recurrencia de síntomas iniciales.	Atrofia cerebral, más comúnmente con la asociación de quimioterapia. Trastornos de la memoria.	Aínes Solicitar RMN (focalizar en T2) Necrosis puede ser tratada con Corticoides.
Médula espinal	2 picos a los 12-14 meses y a los 24-48 meses. El riesgo depende de las dosis y el área tratada.	Anestesia entumecimiento parestesias posteriormente espasticidad y debilidad.	Daño vascular Necrosis de la sustancia blanca Mielopatía*.	Descartar MTS extramedular o intramedular.
Plexopatías	Las parestesias son más comunes que el dolor o la debilidad. Pueden aparecer al mes o a los 15 años.	1-9% tienen riesgo de plexopatía. Disminución de sensibilidad, ausencia de ROT.	Fibrosis: parestesias, edema, alteraciones en el EMG.	Realizar EMG (cambios conducción) para diferenciar con plexopatía de origen neoplásico. Prevenir complicaciones de la inmovilidad Sling de hombro.

dicación para realizar actividad física en pacientes asintomáticos con granulocitopenia o niveles bajos de fiebre, la atención debe estar puesta en el aumento de la frecuencia respiratoria, la fatiga y el riesgo de deshidratación.

Las náuseas y los vómitos son bien conocidos como efectos adversos de la quimioterapia y pueden ser tratados con una combinación de receptores de Serotonina, Benzodiazepinas y Dexametasona. La intervención temprana del nutricionista es de gran ayuda para evitar las consecuencias de las náuseas, los vómitos y consecuentemente la anorexia. Sin embargo la ganancia de peso también ha sido considerado como efecto adverso del tratamiento quimioterápico.

La Doxorubicina produce cardiomiopatía y neuropatía periférica así como también la Vincristina y Cisplatino. Probablemente estas drogas sean las que más impactan en el tratamiento del paciente en cuanto a su independencia para las actividades de la vida diaria. Las neuropatías periféricas son generalmente simétricas y distales y resuelven con la discontinuación del tratamiento.

La estomatitis generada por el Cytoxan, Fluouracilo, Mercaptopurina, Metotrexato, y otros agentes pueden interferir con la ingesta nutricional.

El Taxol es responsable de las artralgiás, mialgiás, y polineuropatía periférica, que frecuentemente dificultan la actividad física durante el tratamiento.

Afección Ósea

A pesar de que un pequeño porcentaje de enfermedad por cáncer se origine en el sistema óseo, la gran mayoría de los pacientes tienen algún riesgo de padecer osteoporosis y otras afecciones óseas que afectan la calidad su calidad de vida.

La osteoporosis y el riesgo aumentado de fracturas óseas son un serio problema para aquellos pacientes con tumores endocrinos primarios malignos, mieloma múltiple y en pacientes con cáncer de mama y próstata en tratamiento con supresión hormonal.

Los corticoides son otra causa de osteoporosis iatrogénica y de necrosis avascular femoral en esta población de pacientes.

En pacientes en fase aguda la inmovilización prolongada también contribuye a la aceleración del turn-over óseo.

Los biofosfonatos como el Pamidronato han sido ampliamente usados para controlar la hipercalcemia asociada con la enfermedad maligna. Concomitantemente la ingesta de calcio por vía oral es particularmente importante en pacientes en los cuales la ingesta nutricional es deficiente.³²

Riesgo de fracturas

El riesgo de Metástasis Óseas (MTS) varía ampliamente dependiendo del tipo de tumor pero se acerca a 70% en pacientes con cáncer de mama o próstata.³³ La fractura por MTS óseas frecuentemente se presentan con dolor

muy severo que aumenta su intensidad por la noche. Las lesiones óseas responden generalmente a la radioterapia, quimioterapia y a los Biofosfonatos.³⁴

La cirugía profiláctica se recomienda en pacientes con dolor persistente a pesar del tratamiento adecuado o cuando hay un riesgo de fracturas inminente.

A pesar de que la cabeza de fémur es el sitio más común de MTS, la afección vertebral puede ser una causa importante de dolor y comprometer a la médula ósea, por lo cual se debe poner especial énfasis ya que constituye una emergencia médica.

La evaluación fisiátrica de los pacientes con riesgo de fractura, debe iniciarse evaluando primeramente la limitación articular tolerada por el paciente, sin realizar maniobras bruscas. El terapeuta físico tratante debe estar familiarizado también con la prevención de caídas.

Los pacientes deben estar informados sobre el posible riesgo de injuria versus el costo de la inmovilización, contracturas articulares, osteoporosis, atrofia muscular y lesiones en piel, entre otras.

También deberán ser considerados el uso de silla de ruedas en la presencia de fracturas vertebrales o de MTS esternal o el uso de ortesis en aquellos pacientes con lesión humeral y femoral.

Foto 1. Metástasis vertebral.



Foto 2. Centellograma con metástasis en L3.



Dolor

Más del 60 % de los pacientes experimentaron dolor en algún estadio de la enfermedad.³⁴ La mayoría de las causas de dolor por cáncer pueden ser adecuadamente tratadas con medicación oral.³⁵ La etiología del dolor por cáncer puede resultar de la invasión directa del tumor o secundaria al tratamiento y procedimiento diagnóstico. Se han utilizado múltiples escalas para la evaluación del dolor, pero la escala visual analógica es la que más se sigue usando en la actualidad. El rol de los síntomas concurrentes como la fatiga, depresión y debilidad no deben ser desestimados y deben ser tenidos en cuenta a la hora de aplicar un tratamiento.

El tratamiento del dolor incluye la radioterapia, la cirugía y las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. La Organización Mundial de la Salud, propone un trata-

miento en escalera que organiza las intervenciones farmacológicas: Fig 3

Las drogas más comúnmente usadas como la Morfina, Oxycodona, Fentanilo y Metadona son una importante herramienta en el manejo del dolor. La ausencia de metabolitos activos, alta potencia, alta vida media, bajo costo, y una tolerancia incompleta cruzada con otros Opioides hace a la Metadona una confiable opción en muchos casos. Los adyuvantes como los antidepresivos tricíclicos y anticonvulsivantes pueden ser agregados para combatir el dolor neuropático.

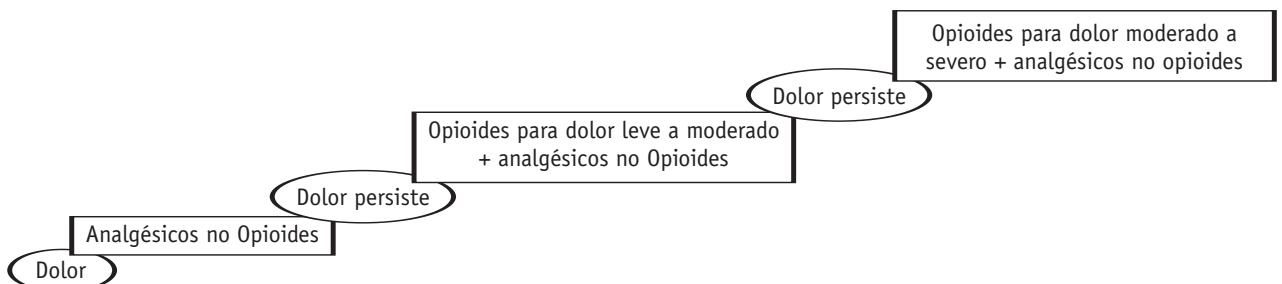
El tratamiento no farmacológico del dolor juega un rol importante e incluye técnicas de relajación, masajes, acupuntura y modalidades como el calor, el frío, el ultrasonido y la estimulación eléctrica. En el pasado muchas terapias eran discontinuadas durante el tratamiento de los pacientes con cáncer aduciendo que el calor aumentaría el flujo sanguíneo y aumentaría el riesgo de MTS, pero no hay suficientes estudios confiables que aprueben y desapruében dicha modalidad. Más probablemente se debe evitar el tratamiento con calor o frío en piel lesionada por la irradiación o la terapia manual en pacientes con riesgo de MTS óseas.³⁶

Fatiga

La fatiga se define como una inusual, persistente y subjetiva sensación de cansancio relacionado al cáncer o al tratamiento del mismo que interfiere con la usual funcionalidad del paciente.³⁷ La fatiga se presenta en un 70-100% de los casos y es generalmente multifactorial,³⁸ siendo acumulativa durante el tratamiento radiante.

La anemia es una causa común y tratable causante de la fatiga, en pacientes con valores de hemoglobina mayores a 12g/dL bajo tratamiento quimioterápico que fueron tratados con Eritropoyetina se ha demostrado una menor incidencia de fatiga y mayor tolerancia al esfuerzo.³⁹ Los narcóticos y los analgésicos adyuvantes pueden causar sueño diurno y trastornos del ritmo circadiano. Sin embargo los trastornos del sueño pueden generarse también por una gran variedad de factores que incluyen

Figura 3.



la educación, la ansiedad, depresión y cambios conductuales. La fatiga está también generada por la falta de reserva fisiológica que tiene el paciente al intentar regresar a sus actividades habituales.

Otras causas de fatiga a tener en cuenta son la infección, falla cardíaca, insuficiencia renal, deshidratación así como alteraciones electrolíticas.

El ejercicio juega un rol importante en la fatiga ya que interviene en el estado de ánimo del paciente, mejora la tolerancia física, disminuye la fatiga, mejora la calidad de vida. Se recomienda actividad física de baja intensidad en pacientes con tratamiento activo y alta intensidad en pacientes que han completado el tratamiento. Se procura alcanzar una duración de 20 a 30 minutos diaria de actividad física acumulativos durante el día o en 1 sola sesión, 4 a 5 veces por semana. La modalidad utilizada puede ser la caminata, bicicleta, con el fin de activar los músculos antigravitatorios (fibras rojas), estas fibras son más eficientes y producen menos ácido láctico.⁴⁰ Los síntomas cognitivos como por ejemplo la falta de atención y concentración también aumentan la sensación de fatiga.

Nutrición, anorexia y caquexia

La nutrición es un parámetro importante para maximizar la rehabilitación. La disminución de la ingesta comienza tempranamente en el transcurso de la enfermedad sumado a las náuseas y vómitos durante el tratamiento con quimioterapia. La radiación de cabeza y cuello puede alterar el gusto y la producción de saliva así como también alterar el recambio de las células del estómago e intestino. Cuando afecta al recto puede generar diarrea de difícil tratamiento. La alteración del status mental o la hidrocefalia del Sistema Nervioso Central pueden también modificar el apetito. Los cuadros depresivos también contribuyen a la malnutrición.

Los pacientes con compromisos nutricionales experimentan mayores complicaciones, mayor estadía hospitalaria y disminución en la calidad de vida⁴¹ La caquexia generada por el cáncer esta dada por el aumento de la demanda metabólica disparada por mediadores como el factor de necrosis tumoral e Interleukina-6, entre otras. Este estado promueve la lipólisis, la pérdida de peso y la depleción de las proteínas de hueso. Los suplementos nutricionales, estimuladores del apetito y esteroides anabólicos pueden ser de utilidad para tratar a estos pacientes.

Durante el curso del tratamiento por cáncer, los pacientes generalmente rechazan ciertos alimentos. El exacto mecanismo de este rechazo no esta bien aclarado, los alimentos mayormente rechazados son la carne, vegetales y bebidas con cafeína.⁴²

Náuseas

Se presentan en el 70-80% de los pacientes⁴³ con o sin tratamiento con quimioterapia. 10-45% de los pacientes poseen náuseas anticipatorias, siendo inefectiva la medicación antiemética en este grupo. La náusea ocurre más frecuentemente en pacientes jóvenes y ha sido asociada con la ansiedad y la depresión que presentan los mismos.

Disnea

Se define como un discomfort subjetivo en la respiración en presencia o ausencia de hipoxia que ocurre en diferentes tipos de cáncer y aumenta en fases avanzadas, particularmente en afecciones pulmonares, torácicas o de vías aéreas superiores.

El suplemento de oxígeno, posicionar al paciente y las técnicas de respiración asistida pueden ser de gran ayuda. La investigación del rol de las Benzodiazepinas sigue siendo poco claro, mucho profesionales la indican en bajas dosis siendo efectivas en la modulación del ciclo de la respiración, disminuyendo así los ciclos de pausas respiratorias que generan al paciente ansiedad y que agravarían el cuadro.⁴⁴ Las técnicas de relajación suplementadas y estrategias de conservación de la energía puede maximizar la independencia de estos pacientes.

Linfedema

El sistema linfático puede ser dañado por el cáncer como tal, su cirugía o por la posterior radiación. La respuesta inmune también se afectaría ya que las bacterias no pueden ser transportadas por el sistema linfático.

Es importante identificar claramente el edema y sus riesgos, porque una vez establecido, cualquier noxa que afecte al miembro afectado puede ser de difícil resolución.

La educación es el componente más importante de cualquier programa. Se deberá evitar utilizar prendas ajustadas, proteger al miembro de infecciones, injurias y quemaduras incluyendo la exposición prologada al sol.

Una vez establecido el edema puede ser manejado efectivamente pero no siempre erradicado. La terapia de compresión es la más usada, el tratamiento con bombas sigue siendo aun discutido. La terapia manual combinado con técnicas de compresión y un plan de ejercicios es la modalidad más aceptada.

Función sexual

La problemática sexual debe ser abordada en todas las fases de la enfermedad, para lo cual el interrogatorio al paciente y sus necesidades redundarán en una derivación oportuna. Los tratamientos específicos incluyendo los antiestrógenos en cáncer de mama, la menopausia precoz luego del cáncer de ovario, la prostatectomía radical

y otros cirugías pélvicas requieren intervenciones para restaurar la lubricación o la disfunción eréctil.

En otros casos los pacientes abandonan la actividad sexual por miedo a la exposición de algunas partes del cuerpo y pérdida de la apetencia sexual.

El rol del médico rehabilitador dentro del tratamiento integral del paciente oncológico es indiscutible para que a través de sus intervenciones pueda tratar de mejorar la calidad de vida del paciente, así como también ofrecer contención y acompañamiento a su entorno.

Según expresa el Dr Cibeira:⁴⁵ “el peligro de perder la vida por la enfermedad, puede generar pesimismo, lo cual contribuye a una muerte en vida. La solución se basa en generar esperanza, porque la racionalidad es un factor mental que se nutre de la cognición, y no de las emociones que desean la supervivencia. El morir es un proceso que termina con la muerte, pero mientras se vive hay que luchar, aunque sea una ficción para unos o un bálsamo ineludible para otros”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Cohen JE. Human population: the next half century. *Science* 2003; 302:1172-1175
- 2- Rusk HA. *Rehabilitation medicine*. 4th edition. St Louis (MO): Mosby; 1977 p.621-42).
- 3- Dietz JH. Rehabilitation of the Cancer patient: its role in the scheme of comprehensive care. *Clin Bull* 1974
- 4- Lehman JF, De Lisa JA, Warren CG, et al. Cancer rehabilitation: assesment of need, development, and evaluation of a model of care. *Arch Phys Med Rehabil* 1978; 59:410-9
- 5- Herold AH, Roetzeim HG: *Cancer survivors*. *Prim Care* 1992; 4:779-791
- 6- Ries LAG, Harkins D, Krapcho M, et al, editors. *SEER cancer statistics review, 1975-2003*. Bethesda (MD): Nacional Cancer Institute.
- 7- *Cancer rehabilitation into the future*. Lynn H. Gerber, MD. American Cancer Society 2001).
- 8- Whelan TJ, Mohide EA, Willan AR, Arnold A, Tew M, Sellick S, et al. The supportive care needs of newly diagnosed cancer patients attending a regional cancer center. *Cancer* 1997; 80:1518
- 9- Ganz PA, Coscarelli Schag CA, Heinrich RL: *Rehabilitation*. In Haskell CM (ed): *Cancer Treatment*, Philadelphia, WB Saunders, 1990, pp 883-892).
- 10- Shankin EJ, Heligenstein E, Hollan JC: Psychiatric complications of cancer. In Plowman PN, Mc Elwain TJ, medows A (eds): *Complication of cancer management*, Oxford, butterworth-Heinemann, 1991, p423).
- 11- Karnofky DA, Burchenal J. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. En: *Evaluation of chemotherapeutic agents*. CM Mac Leod. New York, Columbia University Press, 1949; pag 191-205
- 12- *Cancer Rehabilitation: Challenges, Approaches, and new Directios*, Deborah JF; *Phys Med Rehabil Clin N Am* 18 (2007) 899-924).
- 13- Courneya KS, Friedenrich CM: Framework PEACE: an organizacional model for examining physical exercise across the cancer experience. *Ann Beba Med* 2001, 23 (4):263-272
- 14- Booth FW. Physiologic and biochemical effects of immobilization on muscle. *Clin Orthop Rel Res* 1987;2219:15-20
- 15- Muller EA. Influence of training and inactivity on muscle strength. *Arch Phys Med Rehabil* 1970; 51:449-462
- 16- Dietrick JE, Whedon GD, Shorr E. Effects of immobilization upon various metabolic and physiologic functions in normal men. *Am J Med* 1984; 4:3-36
- 17- Appel H. Muscular atrophy following immobilization. *Sports med* 1990; 10:42-48.
- 18- Muller EA. Influence of training and inactivity on muscle strength. *Arch Phys Med Rehabil* 1970; 51:449-462
- 19- Mac vicar MG, Winningham ML, Nikel JL. Effects of aerobic patients functional capacity. *Nurs Res* 1989; 38:348-51
- 19- Mac vicar MG, Winningham ML, Nikel JL. Effects of aerobic patients functional capacity. *Nurs Res* 1989; 38:348-51
- 20- Byrne A, Byrne DG. The effects of exercise on depression, anxiety and other mood status: a review. *J Psychosom Res* 1993; 37:565-74).
- 21- Uma Monga MD, Susan L. Graber, MA, OTR, John Thornby, PhD, Carlos Vallbona, MD, Anthony J. Kerrigan, PhD, Trilok N. Monga, MD, Kuno P. Zimmermann, DO, Ph D. Exercise prevents fatigue an improves Quality of Lyfe in Prostate Cancer Patientes Undergoing Radiotherapy. *Arch Phys Med Rehabil Vol* 88, Nov 2007).
- 22- Friedenrich CM, Orenstein MR. Physical activity and cancer prevention: etiologic evidence and biological mechanisms. *JNutr* 2002; 132(11Suppl: 3456S-64S).
- 23- Courneya KS, Mackey JR, Jones LW: coping with Cancer: Can exercise help? *Physician and sports medicine (New York)* 2000, 28 (5): 49-51; 55-56; 66-68; 71; 73.
- 24- Deuster PA, Curale AM. Exercise-induced cahnges in populations of peripheral blood mononuclear cells. *Med Sci Sports Exer* 1987; 20: 276-80).
- 25- Taylor HL, Henschel A, Brozek J, Keys A. Effects of bed rest on cardiovascular function and work performance. *J Appl Physiol* 1949; 2: 223-239).
- 26- Buschbacher RM. Deconditioning, conditioning and the benefits of exercise. In: Braddom RL (ed): *Phys Med Rehab*. Philadelphia: Saunders; 1996: 687-707

- 27- Stremel RW, Convertido VA, Bernauer EM, Greenleaf JE. Cardiorespiratory deconditioning with static and dynamic leg exercise during bedrest. *J Appl Physiol* 1976; 41: 905-909
- 28- Gaydos LA, Freineich EJ, Mantel N. The quantitative relation between platelet count and hemorrhage in patient with acute leukemia. *N Engl J Med* 1962; 266: 905).
- 29- Dropcho EJ: central nervous system injury by therapeutic irradiation. *Neurol Clin* 1991; 9:969-988).
- 30- Schultheiss TE, El-Jahdi AM: Statistical analysis of two hundred radiation myelopathy cases. Presented at Seventh international congreso of radiation research D:3-41, 1983
- 31- Principles of cancer rehabilitation. Fae H, Garden, Theresa A, Gillis. Chap. 57; 1199-1213
- 32- Abrams HL, Spiro R, Goldstein N: Metastases en carcinoma: Analisis of 1000 cases. *Cancer* 1950; 23: 74-85
- 33- O'CONNOR MI, Currier BL: Metastatic disease of the spine. *Orthopedics* 1992; 15: 611-620).
- 34- Bonica JJ: Treatment of Cancer Pain: Current status and future needs. In fields HL, Dubner R, Cervero F, et al (eds): *Advances in pain research and therapy*, vol 9. New Cork, Raven Press, 1985, pp 589-616
- 35- Walker VA, Hoskin PJ, Hanks GW, et al: Evaluation of WHO analgesic guidelines for cancer pain in hospital-based palliative care unit. *J pain Symptom Manage* 1988; 3: 145-149
- 36- Cancer Rehabilitation: Challenges, Approaches, and New Directions. Deborah JF. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 18/2007; 899-924)
- 37- Mock V, Piper B, Sabbatini P, et al. Nacional Comprehensive Cancer Network fatigue practice guidelines. *Oncology* 2000; 14: 151-61).
- 38- Curt GA, Breitbart W, Cella D, et al. Impact of cancer-related fatigue on patient: new findings from the fatigue coalition. *Oncologist* 2000; 5: 353-60
- 39- Itri L. Epoetin alfa intervention for anemia-related fatigue in cancer patients. In: Marty M, Pecorelli S, editors. *Fatigue and cancer*. New Cork: Elsevier Science; 2001. p.129-44).
- 40- Cancer-Related fatigue. Deborah FJ, PhD, MD, Lora Packel, PSPT. *Arch Phys Med Rehabil* Vol 87, Suppl 1. March 2006; 87 (3 Suppl 1): S91-3
- 41- Tchekmedyan NS. Pharmacoeconomics of nutritional support in cancer patiente. *Semin oncol* 1999; 25 (suppl 6): 62-9
- 42- Mattes RD, Arnold C, Boraas M: Learned food aversions among cancer chemotherapy patients. *Cancer* 1987; 60: 2576-2580
- 43- Roscoe JA, Morrow GR, Hickok JT, et al. Nausea and vomiting remain a significant clinical problem: trend over time in controlling chemotherapy-induced nausea and vomiting in 1413 patients treated in community clinical practices. *J Pain Symptom manage* 2002; 20: 113-21
- 44- Davis CL. Palliation of breathlessness. In: von Guten CF, editor. *Palliative care and rehabilitation of cancer patients*. Boston: Kluwer Academic Publishers; 1999.p.59-74
- 45- Cibeira José. Rehabilitación médica y tratamiento paliativo. *Revista Argentina de Rehabilitación* 2007; 2:2-11

Paternidad y Maternidad en la lesión medular

Mónica Agotegaray¹, Alberto Rodríguez Velez¹

Resumen

Introducción: la lesión medular irrumpe en la vida de las personas en forma mayoritariamente traumática y en edades jóvenes de la vida (2° y 3° década), donde el proyecto vital de la procreación tiene un rol preponderante.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es presentar los resultados en paternidad/maternidad obtenidos en el consultorio de Sexualidad y Paternidad del IREP desde su inicio en 1995.

Material y métodos: Los tratamientos están dirigidos hacia la sexualidad de manera integral y a dar respuesta al anhelo de paternidad/maternidad, con acciones concretas, con consejo y acompañamiento. Se describen las intervenciones en 16 parejas donde uno de sus miembros padecía de lesión medular donde se ha logrado la llegada de un hijo a la pareja.

Resultados: 22 niños han nacido hijos de padres y madres parapléjicas desde 1995. Hijos de pacientes varones: 3 con estimulación domiciliaria, 7 con utilización de reflejo vibratorio peneano para eyaculación, 2 con fertilización intrauterina, 3 con fecundación in Vitro (procedimientos realizados en otro lugar con derivación). Un paciente varón se encuentra en tratamiento actual de fertilización y otro acaba de lograr la adopción tras un largo camino, siendo cuadripléjico. Hijos de pacientes mujeres: han nacido 7 bebés de madres parapléjicas. 5 han nacido por partos vaginales (entre ellas dos pacientes presentan nivel alto de lesión, Dorsal 2 y Cervical 8) Dos nacimientos por cesárea.

Conclusiones: Ante la grave problemática que supone la dificultad en la erección y más aún en la eyaculación, la intervención desde la fisioterapia es mandataria. Nuestros resultados pueden resultar escasos, se trata de la experiencia en una institución pública y con recursos casuales, si se comparan con países desarrollados donde se invierte para dar respuesta a esta situación. El embarazo en la mujer parapléjica es sencillo, pero lo innovador de nuestra intervención es el actuar desde el inicio con consejo, sacar los miedos, relacionarnos con los obstetras de seguimiento y alertarlos de las características de la lesión de cada paciente.

Palabras clave: Paternidad, Maternidad, lesión medular.

Introducción

La lesión de la médula espinal es una patología que provoca secuelas motoras, sensitivas y vegetativas, dejando por lo tanto una incapacidad para el movimiento, la percepción de estímulos, el control de la evacuación de emuntorios y para el desarrollo de una función sexual normal. Irrumpe en la vida de las personas de forma mayoritariamente traumática y en edades jóvenes de la vida (2° y 3° década) donde el proyecto vital de la procreación tiene un rol preponderante.¹

En el Instituto de Rehabilitación Psicosfísica (IREP) se atiende desde 1959, en forma integral, la rehabilitación de los pacientes para y tetrapléjicos, a través de un equipo multidisciplinario de profesionales.²

Miles de pacientes han sido atendidos hasta la fecha,

situando a nuestro Instituto como centro de referencia regional, nacional y de algunos países del cono sur, en la rehabilitación de esta patología.

En las últimas décadas se han registrado un aumento en la incidencia de las lesiones medulares traumáticas, correspondiendo el mayor porcentaje a varones jóvenes (78%),¹ en una etapa de su vida sexualmente activa y con la mayoría de sus proyectos por cumplirse.

Los avances terapéuticos y las intervenciones tempranas, han prolongado sensiblemente la sobrevida de estos pacientes y por consiguiente una mayor incorporación de éstos en actividades sociolaborales, donde la disfunción sexual se presenta con una necesidad creciente de respuestas.

Tratando de no quedar ajenos a esta demanda, desde el año 1995 y a posteriori de una pasantía de 30 días por el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo, en la Unidad de Sexualidad y Paternidad, los autores del presente trabajo incorporamos al plan de **rehabilitación**

Correspondencia: albertorv@hotmail.com

Recibido 1-4-09

Aceptado 29-4-09

integral, un consultorio de sexualidad para pacientes con lesión de la médula espinal.

Los objetivos del consultorio fueron:

- Protocolizar una evaluación individual.
- Manejar los temores y defensas del paciente y su pareja relacionados con la sexualidad.
- Potenciar la sexualidad en todas sus dimensiones.
- Evaluar y tratar la disfunción eréctil.
- Restituir la función eyaculatoria.
- Asesorar en el embarazo de la mujer parapléjica.
- Atender la paternidad en el lesionado medular.

Entendemos por salud sexual a la aptitud o capacidad para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva sin temores, sentimientos de vergüenza o culpabilidad que inhiban la relación de la pareja. Las posibilidades sexuales estarán íntimamente relacionadas con la aceptación por parte del lesionado medular, de su actual situación personal y social.

La fertilidad de los hombres con lesión de médula espinal (LM), se ve frecuentemente afectada debido a la disfunción eyaculatoria y a la pobre calidad del semen. Consecuentemente hombres con LM en raras ocasiones llegan a ser padres sin alguna intervención médica.

Los resultados obtenidos en estudios de investigación científica y en la práctica clínica de diferentes centros internacionales, abocados a esta tarea, indican que la posibilidad reproductiva en un paciente con lesión de la médula espinal, se ve seriamente dificultada, sin la intervención de un equipo de profesionales especializados.

En la unidad de sexualidad del Hospital de Parapléjicos de Toledo se han desarrollado técnicas de inducción de la erección que permiten que un porcentaje superior al 90% consiga erecciones suficientes para llevar a cabo relaciones coitales. Se investigaron también las características seminales de estos pacientes concluyendo que más de un 75% tienen un semen potencialmente fértil.³ En la unidad del Rigoshospitalet, Universidad de Copenhague, Dinamarca, se menciona que la erección y eyaculación con fines reproductivos es viable en un alto porcentaje, si se provee de los elementos y terapéuticos apropiados.⁴

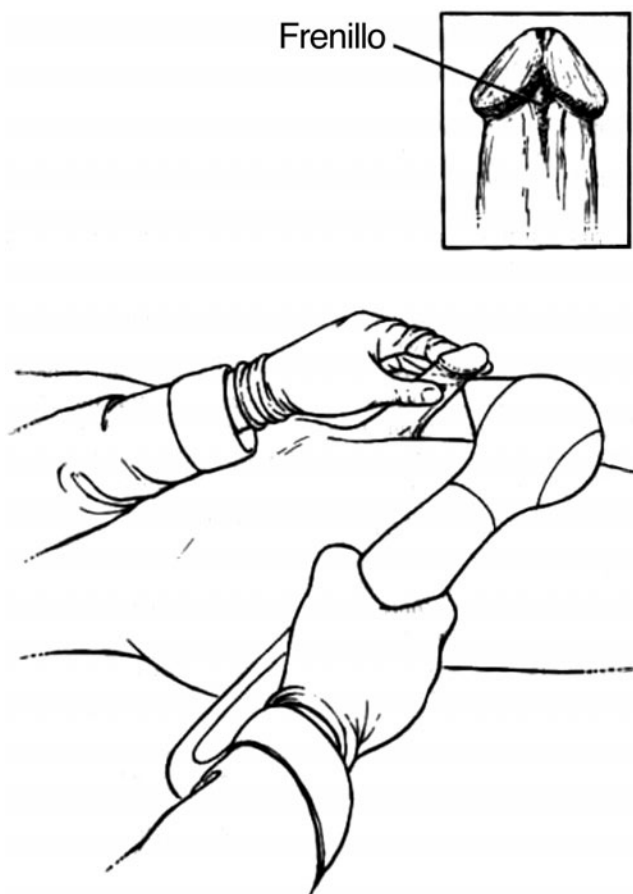
En las últimas décadas las técnicas para remediar la disfunción eréctil y la eyaculación han mejorado sensiblemente el potencial de fertilidad de los LM varones.⁵

Una de las primeras intervenciones dirigidas a la inducción de la eyaculación fue el uso de la inyección intratecal de fisostigmina. Leduc y col. obtuvieron por este medio, eyaculación anterógrada en 20 de 37 LM varones.⁵ Sin embargo se requiere de múltiple medicación agregada para mitigar los efectos no deseados ocasionados por la fisostigmina (disreflexia autonómica, náuseas, vómitos, y alucinaciones).⁵

Otras técnicas utilizadas para la obtención del semen incluyen a la electroestimulación de las vesículas seminales y conductos deferentes, sondaje de vías deferentes con implantes reservorios de esperma, biopsia testicular y aspiración microquirúrgica de conducto deferente.⁵

Durante los años recientes la estimulación vibratoria peneana (PVS) (figura 1) y la electroeyaculación (EEJ)^{3,5,6} en hombres con LM, han ganado la aceptación general como métodos de obtención seminal.

Figura 1.



En un estudio realizado a principios de 1980, la PVS fue exitosa en la inducción de eyaculación anterógrada en 48 de 81 hombres con LM (59%), los porcentajes de eyaculación por PVS, durante los siguientes años oscilaron entre el 24% al 91% (mediana 53,4%).^{3,5,6}

Más recientemente Sonksen y Col.³ han refinado el método de inducción de la eyaculación en hombres con LM, otorgándole mayor importancia a la amplitud vibratoria, 2,5 a 3 mm. y 100 Hz. de frecuencia.

Como consecuencia, la eyaculación inducida por PVS, puede lograrse en más del 80% de todos los hombres con LM, de un nivel medular superior a T10 (arco reflejo intacto) La EEJ es casi un 100% efectiva para conse-

guir la eyaculación en hombres con LM, pero debería ser reservada para los fracasos de la PVS.⁶

La eyaculación con PVS necesita de un grado importante de espasticidad para poder generar el reflejo eyaculatorio. Muchas terapéuticas en la actualidad tienden a no abolir del todo la espasticidad y si, a generar un entrenamiento reflejo que permita una ganancia funcional que en este caso particular será favorecer una erección refleja y facilitar el reflejo eyaculatorio.⁷

Se consideran como predictores de eyaculación en respuesta al estímulo vibratorio a la presencia de los siguientes signos:⁸

- Reflejo de triple flexión, evaluado en el examen previo a la vibración peneana con el paciente en decúbito dorsal mediante la estimulación rápida y fuerte de la cara plantar de ambos pies.

Y durante el procedimiento de vibración a:

- Espasmos de los músculos abdominales y/o abductores de muslo.
- Actividad cloniforme de los miembros.
- Contracción sostenida del cremáster y ascenso testicular.
- Piloerección.

En el consultorio de Sexualidad y Paternidad del IREP se aborda la problemática sexual y pro-creativa de estos pacientes desde el año 1995. Los tratamientos están dirigidos hacia la sexualidad de manera integral y a dar respuesta al anhelo de paternidad/maternidad, con acciones concretas, con consejo y acompañamiento.

El objetivo del presente trabajo es presentar los resultados en este segundo aspecto, y describir las intervenciones utilizadas para cada/todos los casos.

Material y Método

Metodología de trabajo

Se trabaja a través de un abordaje que incluye reuniones informativas audiovisuales con pacientes internados y/o del consultorio externo de LM. Las mismas tienen por objetivo informar acerca de la discapacidad que genera una lesión medular y la problemática sexual derivada de ella. Se utiliza un folleto informativo que se entrega desde la primera consulta en el Consultorio de Lesión Medular. Se informa además de la existencia de un consultorio específico donde podrán acudir en busca de respuestas individuales concernientes a esta temática.

La actividad del consultorio específico consiste en la evaluación protocolizada, centrada en la disfunción

sexual y en el potencial remanente, dependiente del nivel de lesión y la severidad de la misma. Se indaga además sobre la información recibida en este aspecto y los motivos que llevan al paciente a realizar la consulta. Diferente será la problemática según el sexo del paciente y por ende diferente será su abordaje. Considerando al acto sexual como una actividad básicamente motriz la afectación en el paciente varón se hace más manifiesta por su rol más activo requiriendo de un miembro erecto que le permita el acoplamiento y de la capacidad eyaculatoria para la procreación. En nuestra propia experiencia coincidiendo con la bibliografía internacional el paciente varón desea inicialmente recuperar la capacidad de erección y la consulta por paternidad siempre ha sido más postergada.

En la mujer por su participación más pasiva, durante la relación sexual la afectación de la motilidad impacta en menor grado respecto del hombre tanto durante el acoplamiento como para la procreación, pero se presentan otras problemáticas que conducen a inhibición como son la incontinencia y el aspecto físico.⁹ En las consultas se brinda asesoramiento sobre todas estas problemáticas que logren contribuir a disipar temores correspondientes a su insensibilidad, inseguridad y maternidad potencial.

De igual manera la afectación sensitiva impacta más fuertemente en el varón que en la mujer a la hora de recibir placer, dado que en ésta está preservada su capacidad entrenada para recibir estímulos eróticos a través de zonas no genitales más distribuidas y entrenadas (ej. mamas en lesiones por debajo de T2).

La infertilidad del varón con lesión medular resulta de una combinación de la disfunción eyaculatoria y de una calidad espermática anormal.⁴

En ambos sexos se tendrán en cuenta los patrones sexuales pre-mórbidos y la historia concerniente a erección, eyaculación y orgasmo a partir de la LM.

Se examinan los genitales, nivel sensitivo y motor, presencia de alguna zona de preservación parcial y sensibilidad en las áreas genitales y región sacra, control voluntario rectal y vesical, y se evalúan los reflejos abdominales, cremasterianos y los dependientes de los niveles sacros 2-3 y 4

Surgirá del examen físico las posibilidades de potenciar la erección psicogénica (vía simpática) y/o la refleja (vía parasimpática) y las posibilidades de emisión (vía simpática) y/o eyaculación (vía parasimpática).⁶ Se busca la correspondencia fisiológica de las dificultades manifiestas por el paciente durante la entrevista.

Se le explica al paciente la relación de estos hallazgos con el potencial sexual y se lo estimula a la exploración de los cambios corporales acaecidos luego de la lesión.

Figura 2.



Figura 3.



Procedimiento

Para llevar a cabo la obtención seminal en el caso de los pacientes varones se utilizó la técnica de PVS.

Se utilizaron dos tipos diferentes de vibradores, uno en el hogar de venta comercial de uso estético, (figura 2) no normatizado pero chequeado previamente en cuanto a su eficacia y otro en consultorio externo normatizado en amplitud y frecuencia "Ferti Care personal Multicept"⁹ (figura 3). En consultorio se procedió a PVS con una amplitud de 2,5mm a una frecuencia de 100Hz. según método descrito por Sonksen y Col.⁴

El aplicador del vibrador fue ubicado a nivel del frenillo por períodos de estimulación de hasta 3 minutos, con descansos de 2 minutos, hasta la obtención de eyaculación anterógrada.

El procedimiento se daba por terminado cuando se obtenían eyaculaciones o se completaban un máximo de 6 ciclos de estimulación sin conseguir eyaculación.

Si el procedimiento de PVS resultaba en una eyaculación de calidad y cantidad suficiente demostrada por espermograma, se motivaba a las parejas para que obtuvieran el semen por este método y luego realizaran una auto inseminación en el hogar adquiriendo el vibrador de uso comercial para estética.

Estas parejas eran cuidadosamente entrenadas en consultorio externo sobre la técnica de PVS, se instruía a la mujer para identificar los días más fértiles, la eyaculación era recolectada por su pareja en un recipiente no espermocida, y luego con una jeringa de 10 ml se instilaba el semen intravaginal, debiendo guardar reposo en plano inclinado para favorecer el ascenso de los espermatozoides hacia el óvulo.

Descripción de la población involucrada

Dieciséis parejas se presentaron a la consulta con la inquietud de paternidad/maternidad. En 9 el hombre

resultó ser el lesionado medular y en 7 la mujer.

En todos los casos había transcurrido más de tres años de la lesión. Todos los pacientes varones presentaban aneyaculación.

Pacientes varones

Pareja 1: paciente con nivel neurológico T4 Asia A, espástico. PVS positiva, fecundación intravaginal institucional, realizada por el propio paciente.

Pareja 2: paciente con nivel neurológico T9, ASIA A, espástico. PVS positiva, fecundación domiciliaria.

Pareja 3: paciente con nivel neurológico asimétrico, espástico ASIA C. Masturbación prolongada, eyaculación positiva.

Pareja 4: paciente con nivel neurológico T10, ASIA A, espástico. PVS positiva. Fecundación asistida y posteriormente domiciliaria.

Pareja 5: paciente con nivel neurológico T4, ASIA A, flácido. PVS negativa. Fecundación in Vitro.

Pareja 6: paciente con nivel neurológico L1, ASIA A, flácido. PVS negativa. Desistió después de este intento.

Pareja 7: paciente con nivel neurológico T4. ASIA A, espástico. PVS positiva.

Pareja 8: paciente con nivel neurológico C8. ASIA C, espástico. PVS positiva con eyaculación retrógrada. Electroestimulación rectal con eyaculación anterógrada positiva.

Pareja 9: paciente con nivel neurológico L1. ASIA A, flácido. PVS negativa. En tratamiento actual de fecundación in Vitro.

Pacientes mujeres

Pareja 1: paciente con nivel neurológico T11. ASIA A. Flácida.

Pareja 2: paciente con nivel neurológico T2. ASIA A, espástica.

Pareja 3: paciente con nivel neurológico T12. ASIA A, flácida.

Pareja 4: paciente con nivel neurológico C8. ASIA B, espástica.

Pareja 5: paciente con nivel neurológico T10. ASIA A, espástica.

Pareja 6: paciente con nivel neurológico T5. ASIA A, espástica.

Pareja 7: paciente con nivel neurológico T8. ASIA A, espástica.

Resultados

Pacientes varones:

Pareja 1: paciente con nivel neurológico T4 Asia A, espástico. PVS positiva, fecundación intravaginal institucional, realizada por el propio paciente y otra domiciliaria. **2 hijos.**

Pareja 2: paciente con nivel neurológico T9, ASIA A, espástico. PVS positiva, fecundación domiciliaria. **2 hijos.**

Pareja 3: paciente con nivel neurológico asimétrico, espástico ASIA C. Masturbación prolongada, eyaculación positiva. **3 hijos.**

Pareja 4: paciente con nivel neurológico T10, ASIA A, espástico. PVS positiva. Fecundación asistida y posteriormente domiciliaria. **4 hijos**, 2 por embarazo de mellizos iniciales con fecundación intrauterina y 2 por PVS domiciliaria.

Pareja 5: paciente con nivel neurológico T4, ASIA A, flácido. PVS negativa. Fecundación in Vitro. **2 hijas gemelas.**

Pareja 6: paciente con nivel neurológico L1, ASIA A, flácido. PVS negativa. Desistió después de este intento.

Pareja 7: paciente con nivel neurológico T4. ASIA A, espástico. PVS positiva. **1 hijo** fecundación intrauterina.

Pareja 8: paciente con nivel neurológico C8. ASIA C, espástico. PVS positiva con eyaculación retrógrada. Electroestimulación rectal con eyaculación anterógrada positiva. En ningún caso resultó embarazo, se aconsejó adopción, y la misma se concedió después de dos años de iniciado el trámite. Actualmente con **un niño** adoptado.

Pareja 9: paciente con nivel neurológico L1. ASIA A, flácido. PVS negativa. En tratamiento actual de fecundación in Vitro.

Pacientes mujeres

Pareja 1: paciente con nivel neurológico T11. ASIA A. Flácida. **1 hija**, parto vaginal.

Pareja 2: paciente con nivel neurológico T2. ASIA A, espástica. **1 hijo**, parto vaginal.

Pareja 3: paciente con nivel neurológico T12. ASIA A, flácida. **1 hija**, parto vaginal.

Pareja 4: paciente con nivel neurológico C8. ASIA B, espástica. **1 hija**, parto vaginal.

Pareja 5: paciente con nivel neurológico T10. ASIA A, espástica. **1 hija**, parto por cesárea.

Pareja 6: paciente con nivel neurológico T5. ASIA A, espástica. **1 hijo**, parto vaginal.

Pareja 7: paciente con nivel neurológico T8. ASIA A, espástica. **1 hijo**, parto por cesárea. Se agrega que la paciente es portadora de Lupus Eritematoso Sistémico.

Discusión

La rehabilitación integral del para y tetraplégico supone el abordaje de la problemática sexual y el ofrecimiento de la posibilidad de la procreación como don de la naturaleza de todo ser humano. Ante la grave problemática que supone la dificultad en la erección y más aún en la eyaculación la intervención desde la fisioterapia es mandataria. Nuestra especialidad cuenta con los conocimientos globalizadores desde una perspectiva científica, social y humanitaria para encarar las dificultades con las que se encuentra la persona con lesión medular. El embarazo en la mujer parapléjica es sencillo, pero lo innovador de nuestra intervención es el actuar desde el inicio con consejo, disipar los miedos, relacionarnos con los obstetras de seguimiento y alertarlos de las características de la lesión de cada paciente, sus riesgos potenciales y transmitir tranquilidad, la que se desprende desde el conocimiento.

Nuestros resultados pueden resultar escasos, se trata de la experiencia en una Institución pública y con recursos casi nulos, si se comparan con países desarrollados donde se invierten abultados recursos para dar respuesta a esta situación, pero pretenden ser motivadores para otros colegas y grupos de trabajo.

El haber acompañado a una pareja desde la rehabilitación después del accidente que dejó cuadripléjico al paciente, pasar por todos los intentos de fecundación desde el más sencillo no invasivo, hasta los invasivos, para finalmente servir de consultores ante una jueza que solicitó opinión para otorgar la adopción, ha constituido una de las mayores satisfacciones en nuestra vida profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Agotegaray M, García D, Raijman D, Romero W. Estudio epidemiológico de pacientes con lesión medular. XVIII Congreso de la Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación. Buenos Aires. Mayo 2006
- 2- Cibeira J. Rehabilitación del Parapléjico. Editorial Eudeba 1978
- 3- Sánchez Ramos A y Pinto Benito A "Sexualidad y Paternidad en la Lesión Medular"- Fundación Once, Madrid 1994, 2ª edición
- 4- Sorensen B y Sönksen J. "Fertility in men with Spinal Cord on Cauda Equina Lesions" en Seminars in Neurology – Volume 12, Nº2 - Jun. 1992
- 5- Deforge D, Blackmer J, Yazdi F, Barrowman N, Fang M, Mamaladze V, Zhang L, Sampson M y Moher D. Fertility following Spinal Cord Injury: a systematic review. Spinal Cord (2005) 43, 693-703.
- 6- De Forge D, Blackmer J, Garritty C, Yazdi F, Cronin V, Barrowman N, Fang M, Mamaladze V, Zhang L, Sampson M y Moher D Fertility following spinal cord injury: a systematic review Spinal Cord (2005) 43, 693-703.
- 7- Rodriguez Velez A La sexualidad en el lesionado medular: erección refleja y erección psicógena. Boletín del Departamento de Docencia e Investigación del Instituto de Rehabilitación Psicofísica Vol.2, Nº 5 nov-dic 1998 Buenos Aires Argentina
- 8- Bird VG, Brackett NL, Lynne CM, Aballa TC y Ferrell SM Reflexes and somatic responses as predictors of ejaculation by penile vibratory stimulation in men with spinal cord injury. Spinal Cord (2001) 39, 514 – 519.
- 9- Cardenas D, Rosenbluth J, Agotegaray M. Urologic Concerns in women with Spinal Cord Injury. Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation. Vol. 7. Number 1. Summer 2001
- 10- Ferti Care – Penyle vibratory stimulation to induce ejaculation in SCI men Multicept . Lyngs Allé 3. 2970 Horholm – Denmark www.multicept.com

Tratamiento de rehabilitación precoz en niños quemados

M. Julieta Porcel¹, Adriana Montes², Alberto Tuninetti³

Resumen

Introducción: El objetivo de este trabajo fue analizar los resultados de una intervención temprana en rehabilitación en niños quemados mediante la observación del aspecto funcional y estético de las lesiones.

Material y métodos: Se realizó en forma Prospectiva, utilizando Método Descriptivo- Observacional. Se incluyeron 110 niños ingresados a la Unidad de Quemados del Hospital de Niños V. J. Vilela, durante el período de 1 año. Se inició el tratamiento de rehabilitación desde el período agudo y el seguimiento se pautó en un mínimo de 6 meses. El tratamiento se basó en: 1- Evaluación inicial 2- Terapia posicional 3- Ejercicios 4- Presoterapia.

Resultados: Se observó que al alta hospitalaria el 99% de los pacientes no presentaron limitaciones articulares ni hipertrofia cicatrizal o queloides. Se analizó el seguimiento en consultorio externo de rehabilitación, observándose que el 61 % nunca concurrió a la consulta. Del resto de los pacientes (n: 43) se analizó la presencia o no de secuelas (sin secuelas 66%) y el cumplimiento del tratamiento de rehabilitación en ambos grupos. En los pacientes sin secuelas el cumplimiento fue Bueno 58% y Muy bueno 29%. De los pacientes con secuelas abandonaron el tratamiento el 50%.

Discusión y Conclusiones: El tratamiento de rehabilitación en el quemado es fundamental en la etapa aguda para la prevención de retracciones y en la etapa mediata en la prevención y tratamiento de la cicatrices hipertróficas y/o queloides. Por lo antedicho se considera fundamental la inserción del equipo de rehabilitación en el Hospital de agudos, garantizando una mejor calidad en la atención de los pacientes mejorando los resultados funcionales, estéticos y psicológicos.

Palabras clave: Rehabilitación, pediatría, quemados.

Introducción

En los pacientes quemados el principal objetivo terapéutico es promover el cierre de la herida ya sea en forma espon tánea o mediante injertos. Estos pacientes son propensos a desarrollar cicatrices hipertróficas (CH), queloides y retracciones que comprometen la funcionalidad, el aspecto estético y psicológico, generando distintos grados de discapacidad si el problema no es abordado precozmente. El equipo de rehabilitación cumple un papel fundamental en estos pacientes interviniendo en el período agudo durante la internación y posteriormente en forma ambulatoria.

El objetivo de este trabajo fue analizar los resultados de una intervención temprana en rehabilitación en los niños quemados, mediante la observación del aspecto funcional y estético de las lesiones.

Material y Método

EL trabajo se realizó en forma Prospectiva y se utilizó el Método Descriptivo- Observacional.

Se incluyeron todos los pacientes internados en la sala de Quemados del Hospital de Niños V. J. Vilela (N: 110) durante el período de 1 año (Mayo 2007 a Junio 2008). Se trabajó en equipo con los Médicos Cirujanos Plásticos, Pediatras, especialistas en Tratamiento del dolor, Enfermería y otros profesionales involucrados, consensuando pautas de tratamiento y contraindicaciones según cada caso en particular.

Se inició el tratamiento de rehabilitación desde el ingreso del paciente a la sala, trabajando en forma conjunta con la familia y el paciente.

Al alta hospitalaria el paciente debió continuar con controles por consultorio externo en rehabilitación y se implementaron tratamientos ambulatorios según la necesidad de cada paciente.

El seguimiento de los pacientes se pautó en un mínimo de 6 meses.

Correspondencia: julietaporcel@hotmail.com

Recibido 7-10-09

Aceptado 30-10-09

Tratamiento de Rehabilitación implementado

1. Evaluación Inicial: Se realizó al momento del ingreso del paciente a la sala observándose:

- Las lesiones existentes, extensión, topografía, compromiso o no de Áreas Críticas¹ (cabeza y cuello, genitales, articulaciones, manos y pies).
- Movilidad de zonas afectadas e indemnes.
- Desarrollo neuromotor.
- Nivel funcional y de independencia antes de la lesión, dominancia manual.

2. Terapia Posicional: Consistió en posicionar y mantener el área afectada en el plano y dirección opuestos hacia los que puede dirigirse la retracción². El paciente quemado tiende a adoptar una postura en flexión y adducción para disminuir el dolor, lo que aumenta el riesgo de contracturas. Se realizó el cuidado de las posiciones, confección de férulas con material blando de goma eva o de termoplástico según las posibilidades. El uso de férulas contribuye a mantener una correcta postura, brinda protección tisular y reduce el edema conjuntamente con la elevación antigraavitacional; evitando también la presión excesiva sobre los nervios periféricos.¹

3. Ejercicios: Se instituyó un plan de ejercicios activos y activos asistidos durante la etapa aguda mediante el juego con la finalidad de mantener el rango de movimiento de las áreas afectadas, áreas dadoras de injertos y reducir el edema. Se reservaron las movilizaciones pasivas para la evaluación y tratamiento durante el baño con sedación. Se instruyó a las familias para realizar el plan de ejercicios 2 a 3 veces por día y se promovió la bipedestación y marcha precoz.

4. Vendaje compresivo: La presión externa precoz hace que las fibras de colágeno adopten una posición paralela y por lo tanto la cicatriz es más blanda que aquellas a las que se les permite entrelazarse y seguir un trayecto tortuoso.² Tiene utilidad preventiva y curativa, actuando a través de isquemia tisular, limitando el desarrollo de la actividad fibroblástica al restarle riego sanguíneo.¹

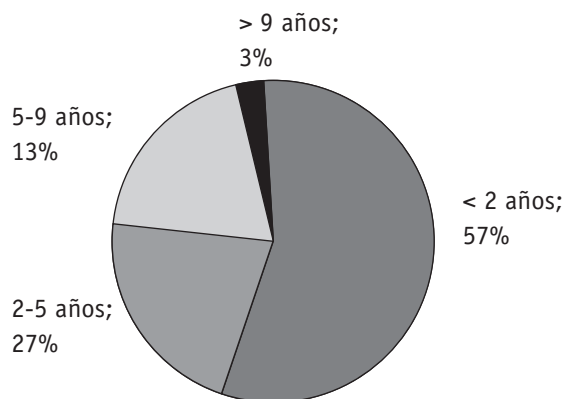
Los niños tienen más riesgo de desarrollar CH por las mitosis celulares rápidas asociadas al crecimiento.¹

La compresión debe mantenerse hasta la maduración completa de la cicatriz que puede tardar entre 6-12 meses o más, cuando la misma adopta un color blanco nacarado.¹ Los objetivos del vendaje compresivo son: disminución del edema, la hipertrofia del tejido cicatrizal, la formación de queloides, el prurito y el dolor neuropático.² La compresión se implementó mediante vendas elásticas, gel polímero de silicona y adaptadores para mayor presión confeccionados en goma eva.

Resultados

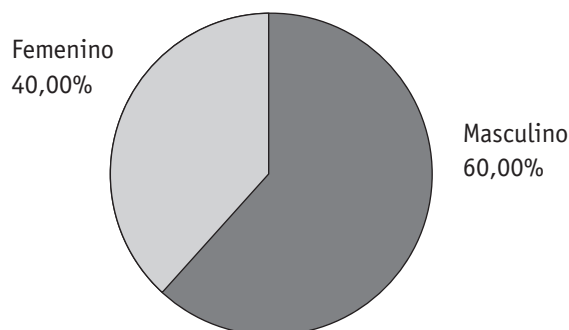
Los 110 pacientes incluidos presentaron un rango etario de 1 mes a 16 años (Gráfico 1), de los cuales 40% eran niñas y 60% varones (Gráfico 2). El grupo etario de mayor frecuencia es el de los niños menores de 2 años (57%).

Gráfico 1. Pacientes según edad



n: 110

Gráfico 2. Pacientes según sexo



n: 110

Los agentes causales fueron (Gráfico 3) con mayor frecuencia los líquidos 64%, fuego 14%, metal 9% (plancha, bracer, horno), grasa 5,4% y el resto 7,6% otros como electrocución, cáusticos, químicos.

Gráfico 3. Paciente según etiología

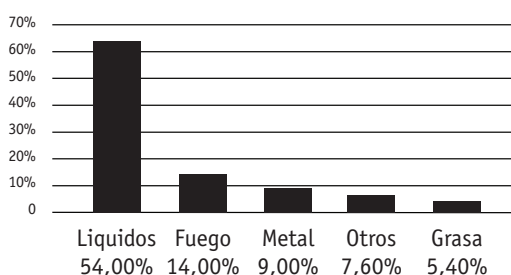


Tabla N° 1: Clasificación de las lesiones según profundidad y extensión

	Lesión Menor	Lesión Importante	Lesión Crítica
Grado I y II	< 10% SCT	10 - 15% SCT	> 15% SCT
Grado III	< 2% SCT	2 - 10% SCT	> 10% SCT

SCT: Superficie corporal total

Gráfico 4. Lesiones según severidad y extensión

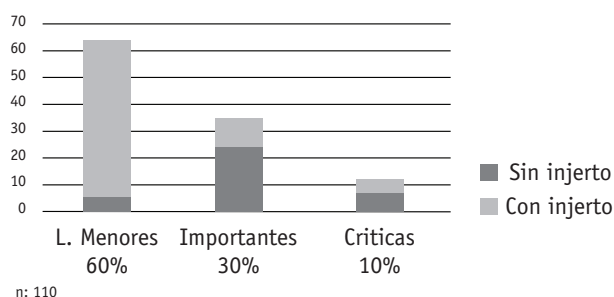


Gráfico 5. Seguimiento en cons. ext. de Rehabilitación

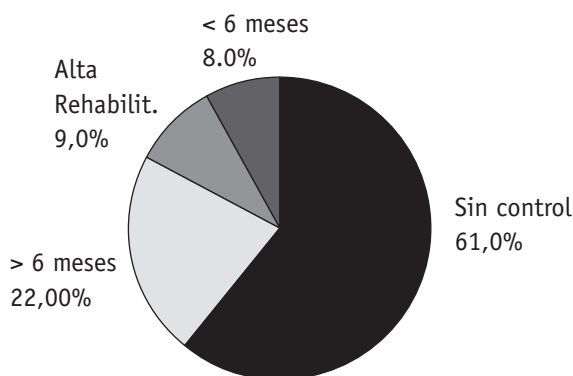
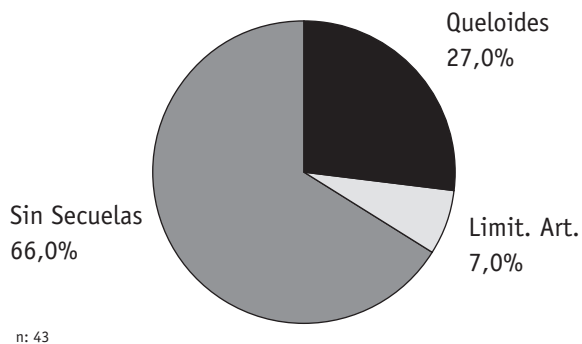


Gráfico 6. Secuelas de lesiones térmicas



De acuerdo a la profundidad y extensión de la quemadura (Tabla 1)² se clasificaron las lesiones como: Lesiones Menores 60%, Importantes 30% y Críticas 10%. (Gráfico 4).

Respecto de la localización se observaba si comprometían Áreas Críticas cuando estaba involucrada alguna de las siguientes regiones: cabeza y cuello, articulaciones (principalmente en plano flexor), genitales, manos y pies. En estos casos se confeccionaron mayoritariamente férulas con goma eva dada la escasa colaboración por la edad de los pacientes para mantener posturas adecuadas. El vendaje compresivo se inició precozmente antes y después de los injertos al comprobar la buena evolución de los mismos y el niño al alta se retiraba del hospital con los vendajes, las férulas y el plan de ejercicios. Sólo una niña de este grupo continúa internada después de 12 meses con complicaciones clínicas severas secundarias a una Lesión Crítica por fuego del 60% SCT (superficie corporal total) y presenta limitaciones articulares y queloides ya que no pudo recibir tratamiento de rehabilitación en forma adecuada.

El resto de los 109 pacientes no presentó limitaciones funcionales ni hipertrofia cicatrizal o queloides al alta hospitalaria.

Respecto del seguimiento en consultorio externo de Rehabilitación (Gráfico 5) que se pautó en un mínimo de 6 meses se observó que el 61% de los pacientes nunca concurrió a la consulta luego del alta hospitalaria; 22% tuvo un seguimiento mayor a los 6 meses; 8% menor a los 6 meses y el alta de rehabilitación la obtuvieron el 9% de los pacientes.

Sin poder evaluar al 61% de los pacientes que no concurrieron a control, en el resto de los niños (n: 43) observamos las siguientes secuelas (Gráfico 6): Sin secuelas 66% (Foto 1); queloides o hipertrofia cicatrizal 27% y 7% limitaciones articulares.

En los niños que desarrollaron queloides (n: 12) se analizó el Cumplimiento del tratamiento en Rehabilitación (Gráfico 7) observándose que abandonaron la mitad de los pacientes (Foto 2), realizó el tratamiento en forma Regular el 17%, Bien el 25% y Muy bien el 8%. Al detenernos en los niños que realizaron el tratamiento Bien y Muy bien y aún así desarrollaron queloides observamos que las zonas involucradas por las lesiones eran de difícil compresión como cuello, cara, glúteos y tobillo. (Foto 3).

Respecto del cumplimiento del tratamiento en los niños que no desarrollaron secuelas (n:31), realizaron el tratamiento Bien 58%, Muy bien 29%, Regular 6,5% y Abandonó 6,5%.



Foto 1: Pte. Sin secuelas. Lesión Importante por fuego directo - 10% SCT. Requirió injertos. 12 meses de evolución.

pacientes con queloides

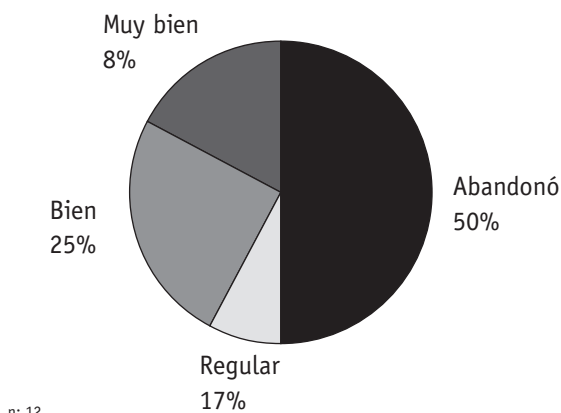


Foto 2: Abandono de tratamiento. Lesión Menor por agua caliente - 3% SCT. No requirió injertos.



Foto 3: Zona de difícil compresión. Lesión Importante por fuego directo - 12% SCT - 10 meses evolución.

Se observó que mientras usaban el vendaje compresivo los niños referían menor dolor neuropático en el período agudo y menos prurito en la etapa posterior.

DISCUSIÓN

Se observó que la buena evolución de las cicatrices en cuanto a la hipertrofia y formación de queloides dependió de la persistencia de la familia y el paciente en la realización de la compresión tanto en quemaduras que hayan requerido injertos o no. Cuánto más tiempo se

mantuvo la misma menor fue la secuela estética persistiendo cambios en la coloración de la piel.

Hay zonas corporales más conflictivas para la realización de la compresión en las que se debe hacer hincapié en el equipamiento (collar termoplástico, máscaras, adaptadores de presión) a los que muchas veces los pacientes no tienen acceso por los altos costos y la falta de disponibilidad en el interior del país.

Si bien la intervención en rehabilitación es importante durante la internación³ es fundamental que se continúe

después del alta. Muchos pacientes injertados o no (si bien los injertados tienen una mayor predisposición) desarrollaron queloides en forma mediata al abandonar la compresión ya que la cicatriz continúa evolucionando luego de la epitelización hasta 12 meses o más.

Hubo un alto porcentaje de pacientes que no concurren nunca a los controles y otro porcentaje importante que abandonó el tratamiento, por lo que se debe hacer hincapié en éstos ítems por parte de todo el equipo tratante (cirujanos plásticos, pediatras, enfermeros) en los controles posteriores. Todos los profesionales involucrados deben tener conocimiento de la importancia de la rehabilitación en el paciente quemado para poder educar a las familias³ y disminuir las secuelas y consecutivamente las cirugías reparadoras posteriores.

El abordaje del paciente quemado debe ser un trabajo de equipo entre enfermería, el cuerpo médico, el paciente y la familia en el cual cada uno de los integrantes debe reforzar las indicaciones de los otros para lograr resultados positivos.

Recalamos la importancia de la inclusión de los profesionales de la rehabilitación en el Hospital de Agudos garantizando una mejor calidad en la atención de los pacientes, mejorando los resultados funcionales, estéticos y psicológicos³.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Hugo A. Linares. Cap. 9. Janet A. Marvin Cap. 17. David N. Rendón. Cap. 23. Hugo A. Linares. Cap. 36. Tratado de quemaduras. Ed. Interamericana. 1993.
- 2- Roger E. Salisbury. Cap. 1. Nancy Marville Newman. Cap. 9. Phyllis G. Wright. Cap. 10. Sandra U. Reeves. Cap. 11. Elisabeth Shute Cozart. Cap. 14. Roger E. Salisbury. N. Marville Newman. G. P. Dingeldein. Manual de tratamiento de las quemaduras. Un planteamiento interdisciplinario. Editorial Salvat. 1986.
- 3- J. R. Goig Parra. S. Pineda Dávila. J. J. Aguilar Naranjo. Cap. 70. I. Sanchez Blanco. A. Ferrero Mendez. J. J. Aguilar Naranjo. J. M. Climent Barberá. J. A. Conejero Casares. M. T. Florez Garcia. Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física. Ed. Panamericana. 2006.
- 4- Carlos E. De Los Santos Gonzalez. Cap. 14. Guía Básica para el tratamiento del paciente quemado. Editorial libros_ electrónicos.net España 2001 - 2002 - 2003 - 2004.
- 5- Elisabeth A. Rivers. Steven V. Fisher. Cap 9. Frederic J. Kottke, M. D. Justus F. Lehmann, M. D. Krusen. Medicina Física y Rehabilitación. Editorial Panamericana. 1993.
- 6- J. Quetglas Moll. Cap. 31. Rafael Gonzalez Mas. Rehabilitación Médica. Editorial Mason. 1997
- 7- R. J. Schwartz, C. N. Chirino, S. V. Sáenz, T. V. Rodriguez. Algunos aspectos del manejo del paciente quemado en un servicio de cirugía infantil. A propósito de 47 pacientes pediátricos. Revista Argentina de Dermatología. 2008; 89.

Toxina botulínica: experiencia en vejiga neurógena

Enrique Turina¹, Angel Ozon¹, Daniel Ekizian¹

Resumen:

La inyección de toxina botulínica por vía transuretral es un procedimiento que se ha ido desarrollando en los últimos años en el campo de la urología. Hemos revisado todos los trabajos sobre toxina botulínica presentados en los congresos de la Asociación Americana de Urología en los años 2007 y 2008. Se presentaron 12 y 14 trabajos, respectivamente, entre los cuales las presentaciones referidas a pacientes con vejiga neurógena hiperrefléxica fueron 1 en 2007 y 4 en 2008. El trabajo que mostró el mayor tiempo de desarrollo fue de 6 años. Los beneficios informados en cuanto a la eliminación de la hiperreflexia, el mantenimiento de la acción favorable cuando fue necesario reinyectar a los pacientes y la ausencia de efectos secundarios nos permiten concluir que las inyecciones de toxina botulínica por vía transuretral constituyen una práctica reconocida y segura. Su utilización para el tratamiento de vejigas neurógenas hiperrefléxicas está actualmente protocolizada. En otras patologías (vejiga hiperactiva idiopática, hipertrofia prostática obstructiva), la indicación de toxina botulínica continúa en fase de investigación, con resultados promisorios. Podemos mejorar significativamente la calidad de vida de nuestros pacientes y obtener una relación costo beneficio superior a otras alternativas terapéuticas.

Palabras clave: Toxina botulínica, vejiga neurógena.

Introducción

La inyección de toxina botulínica por vía transuretral es un procedimiento que se ha ido desarrollando desde hace pocos años en el campo de la urología. Inicialmente destinada a lograr una reducción en la presión intravesical en vejigas hiperrefléxicas, su utilización se extendió, dados los buenos resultados iniciales, al tratamiento de la hiperreflexia vesical idiopática resistente a los antimuscarínicos, también a mejorar la sintomatología de pacientes obstruidos por hipertrofia benigna de próstata, e inclusive ha comenzado a estudiarse la relación costo-beneficio como primera línea de tratamiento frente a los anticolinérgicos. Las dudas iniciales sobre los resultados a largo plazo, el requerimiento y la respuesta a la reutilización periódica de la toxina, los casos de resistencia, las posibles complicaciones, como el reflujo

vésicoureteral, son objeto de estudio, cuyos resultados, al ser presentados en congresos y publicaciones científicas, nos permiten afianzarnos en las indicaciones terapéuticas. Es objetivo de nuestra presentación analizar todos los trabajos presentados en los últimos congresos de la Asociación Americana de Urología (AUA por sus siglas en inglés), para poder resumir con la suma de esas presentaciones cuál es la experiencia acumulada en este tema hasta la fecha. En particular, hemos enfocado nuestra investigación sobre pacientes con vejiga neurógena hiperactiva.

Material y métodos

Se realizó una revisión de los trabajos presentados sobre toxina botulínica en los congresos de la AUA en Anaheim, año 2007, y Orlando, año 2008. Fueron tomadas las presentaciones orales y las de posters. En los trabajos relacionados con vejiga neurógena se sumó la concurrencia al momento de la presentación para poder realizar las preguntas y aclaraciones necesarias a su rela-

Correspondencia: enriqueturi@hotmail.com

Recibido 12-3-09

Aceptado 17-4-09

tor. Adicionalmente se revisaron los datos publicados en las revistas *Journal of Urology* de abril de 2007 y abril de 2008.

Resultados

Durante el congreso de mayo 2007, fueron presentados 12 trabajos sobre toxina botulínica. Yao-Chi Chiang y col.¹ y Alex Lin y col.² realizaron la experimentación en animales, y en ambos casos relacionada con las respuestas a la inyección en tejido prostático. Hann-Chrng Kuo³ y Yao-Chi Chiang y col.⁴ informaron resultados iniciales en pacientes humanos con hipertrofia benigna de próstata con respuestas alentadoras en relación a la sintomatología y parámetros objetivos como la flujometría miccional.

Dos autores informaron los resultados obtenidos con toxina botulínica en pacientes con cistitis crónicas de difícil resolución: cistitis intersticial en un caso⁵ y cistitis rásicas y químicas en el otro.⁶ Hann Chorng Kuo⁷ investigó las diferencias de respuestas obtenidas en vejigas hiperrefléxicas idiopáticas según el lugar de las inyecciones (músculo detrusor, corion vesical o trígono), concluyendo en respuestas sintomáticas favorables en todas las variantes pero con menor respuesta en el incremento de la capacidad vesical cuando las inyecciones fueron en trígono.

Cuatro investigadores^{8,9,10,11} estudiaron los efectos de la toxina botulínica en vejigas hiperactivas idiopáticas: entre ellos destacamos la presentación de Daniel Schmid¹⁰ y col. referida a 5 años de experiencia con la inyección de 100 UI en 180 casos (135 mujeres, 35 hombres). Encontraron una respuesta positiva promedio de 8,5 meses. Practicaron reinyecciones en 52 pacientes (28%) y 11 pacientes recibieron una tercera dosis. Informaron que, como resultado de las reaplicaciones, la respuesta parece prolongarse entre 3 y 4 meses adicionales.

En el congreso 2007, Jens Bedke y col.¹² presentaron casos de pacientes con vejiga neurológica hiperactiva. Esta presentación fue realizada por un servicio de urología pediátrica de Heidelberg, Alemania. Se estudiaron 19 niños (13 sexo femenino), utilizando 20 U. por kg. de peso hasta un máximo de 500 U. El resultado informado fue la continencia en todos los niños, por períodos de hasta más de 9 meses.

Durante el congreso de la AUA de 2008, 14 presentaciones orales o en posters estuvieron referidas a la experiencia con toxina botulínica. Dos investigaciones fueron realizados en animales^{13,14} y una sola presentación en humanos con hipertrofia benigna de próstata¹⁵ (informando excelentes respuestas). Siete presentaciones estuvieron dirigidos a observar las respuestas en vejigas hiperactivas idiopáticas,¹⁶ valorando costos,¹⁷ comparan-

do dosis (100 versus 150 U.),¹⁸ prolongación de respuestas con las reinyecciones¹⁹ e informando porcentajes de no respondedores²⁰ (inferior al 30%). En dos de las siete investigaciones se informó la necesidad de iniciar autocateterismo durante períodos variables, lo que ocurrió en 19 de 67 pacientes en una de las investigaciones²¹ y en 5 de 44 pacientes en el otro trabajo presentado.²² En este último se informó que la reinyección reiteró la necesidad de autocateterismo en sólo 3 de los 5 pacientes.

En publicaciones del año 2008, fueron encontrados 3 investigaciones referidas a vejiga neurógena. En 1 de ellos²³ se investigó el motivo del fracaso terapéutico en niños. Sobre 12 pacientes evaluados, hallaron anticuerpos antitoxina botulínica en 2 de ellos. Otro de los trabajos descartó la aparición de reflujo vésicoureteral luego de 5 años de experiencia en más de 200 pacientes, 63 de ellos con vejiga neurógena.²⁴ Un tercer trabajo evaluó los resultados luego de la cuarta reinyección,²⁵ informando la prolongación de las respuestas y ausencia de complicaciones.

La mayor experiencia fue presentada por los urólogos de Perugia, Italia, con más de 6 años de trabajo sobre 17 pacientes lesionados medulares.²⁶ En esos años, los pacientes recibieron en promedio 7 +/- 1,3 inyecciones con una media de 11 +/- 2,4 meses. Encontraron respuestas más favorables y duraderas a partir de la segunda inyección, aunque plantean como hipótesis la mayor experiencia lograda como factor de la mejor respuesta.

Discusión

La utilización de toxina botulínica para el tratamiento de disfunciones miccionales, que comenzó tímidamente a principios de siglo, se ha convertido en pocos años en un recurso terapéutico en pacientes con vejiga neurógena hiperactiva, en tanto continúa buscándose la dosis ideal y las indicaciones precisas en otras patologías (vejiga hiperactiva idiopática, trastornos irritativos en hipertrofia benigna de próstata, cistitis crónicas de diverso origen). En relación a las vejigas neurógenas, objeto principal de nuestra investigación y terreno en el que además podemos volcar nuestra experiencia personal, la indicación precisa actual es la hiperactividad vesical resistente a los anticolinérgicos (con sus riesgos y consecuencias, reflujo e incontinencia), antes de recurrir a la cirugía de ampliación vesical o incluso derivaciones urinarias. Las alternativas quirúrgicas, indicadas como una solución imprescindible en casos de riesgo de deterioro severo del árbol urinario superior, suelen no resolver el problema de la continencia, por lo que resultan eficaces para reducir el riesgo de mortalidad de causa renal, pero no mejoran la calidad de vida si no se puede adicionar un esfínter urinario artificial. Por estos motivos, el desa-

rollo de una alternativa sencilla en la implementación y que actúa simultáneamente sobre la morbilidad de las vías superiores del árbol urinario y sobre la calidad de vida ha permitido establecer ya su indicación de rutina. La experiencia adquirida con las reinyecciones permite observar que, al menos hasta los 6 años, las respuestas positivas no solo permanecen con cada nueva aplicación sino que además los períodos de respuesta parecen prolongarse. El riesgo de reflujo véscoureteral ha sido descartado, permaneciendo obscuras las causas del fracaso terapéutico en un número limitado, pero de acuerdo a algunas publicaciones, de hasta el 30% de los pacientes. En nuestra experiencia, las inyecciones de toxina botulínica por vía transuretral en pacientes con vejigas neurógenas hiperactivas nos han permitido observar respuestas muy satisfactorias en todos los pacientes (con una rigurosa selección previa), en tanto encontramos inconvenientes en su costo todavía muy elevado, en particular si consideramos la necesidad de reinyecciones. Consideramos que el haber establecido indicaciones muy precisas debería resolver la discusión relacionada a los costos de la terapia, a la vez que la extensión y protocolización de los pacientes podrá permitir a los agentes de salud establecer convenios de costos que satisfagan a todas las partes involucradas.

La inyección de toxina botulínica por vía transuretral para diversas patologías de la función miccional es actualmente una práctica reconocida y segura. La indicación en vejiga neurógena hiperactiva debemos considerarla protocolizada, en tanto debe continuar discutiéndose su lugar en pacientes con vejiga hiperactiva idiopática así como en pacientes con otras patologías (cistitis crónicas, hipertrofia de próstata benigna) refractarias a los tratamientos convencionales. El mayor problema para el tratamiento con toxina botulínica en pacientes con vejiga neurógena hiperrefléxica es el costo, pero la actual documentación y experiencia acumulada nos permite presentarnos frente a los agentes de salud con indicaciones precisas, dosis establecidas, y ahorros en costos de terapias anticolinérgicas, efectos secundarios de éstas que requieren a su vez otros tratamientos, pañales o dispositivos para incontinencia y otras complicaciones (dermatitis, lesiones prepuciales o vulvovaginales), que muestran que no solo podemos mejorar significativamente la calidad de vida sino además tener una relación costo beneficio superior.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Yao-Chi Chuang, Naoki Yoshimira, Chou-Cheng Huang et al. Intraprostatic Botulinum Toxin A Injection Inhibit Cox-2 Expression and Suppresses Prostatic Pain of Capsaicin Induced Prostatitis Model in Rat. Abstract 94, J. of Urology, Vol 177, number 4, supplement, abril 2007
- 2- Alex Lin, An Hang Yang & Kuang-Kuo Chen. Effects of Botulinum Toxin A on the Contractile Function of Dog Prostate. Abstract 1356, J of Urology 177, number 4, supplement, abril 2007.
- 3- Hann-Chrnng Kuo. Therapeutic Effect of Botulinum Toxin A on Large Benign Prostate Hyperplasia with Persistent Lower Urinary Tract Symptoms and Suboptimal Treatment Outcome of Combination Medical Therapy. Clinical and Histological Investigation of Effects. Abstract 1836. J of Urology 177, number 4, supplement, abril 2007
- 4- Yao-Chi Chuang, Po-Hui Chiang, Naomi Yoshimira et al. Efficacy and Length of Symptom Improvement after Botulinum Toxin Type A Injection in BPH Patients not Correlated with Change in Prostate Volume. Abstract 1837. J of Urology 177, number 4, supplement, abril 2007
- 5- Stefan Carl and Sebastian Laschke. Treatment of Interstitial Cystitis with Botulinum Toxin A. Abstract 123, J. of Urology, Vol 177, number 4, supplement, abril 2007
- 6- Yao-Chi Chuang, Dae Kyung Kim, Po-Hui Chiang et al. Bladder Botulinum Toxin A Injection Can Benefit Patients with Radiation and Chemical Cystitis. Abstract 1191. J of Urology 177, number 4, supplement, abril 2007
- 7- Hann-Chornng Kuo. Comparative Study of the Therapeutic Effects of Different Intravesical Injections of Botulinum Toxin A on Overactive Bladder. Abstract 1190, J. of Urology 177, number 4, supplement, abril 2007
- 8- Angelo Gousse, Brian Cohen, Dinorah Rodríguez et al. Scheduled Repeated Botox Injections for Idiopathic OAB: Evaluating Therapeutic Time. Abstract 1192. J of Urology 177, number 4, supplement, abril 2007
- 9- Arun Sahai, M S Khan, Prokar Dasgupta. Botulinum Toxin A for Overactive Bladder: Can Urodynamic Predict a Poor Response to Treatment? of Botulinum Toxin A for Overactive Bladder: Can Urodynamic predict poor response to treatment. Abstract 1193. J of Urology 177, number 4, supplement. Abril 2007
- 10- Daniel Schmid, Peter Savermann, Matthias Werner et al. Experiences Including 5 year Results of 180 Cases Treated with Low-dose (100U.) Botulinum Toxin Injections into the Detrusor Muscle for Overactive Bladder Refractory to Anticholinergics. Abstract 1678. J of Urology 177, number 4, supplement, abril 2007.
- 11- Angelo Gousse, Brian Cohen, Dinorah Rodriguez et al. Correlation between Voiding Diary and the UDI-6 Validated Questionnaire in Idiopathic OAB Patients Subjected to a Repeated Botoxm Injection Protocol. Abstract 1679. J of Urology 177, number 4, supplement, abril 2007
- 12- Jens Bedke, Michael Akbar, Hans Gerner et al. Botulinum Toxin tipe A for the Treatment of Children with Neurogenic Detrusor

- Overactivity Due to Myelodysplasia. Abstract 822, J. of Urology Vol 77, number 4, supplement, abril 2007
- 13- Yao-Chi Chuang, Chou-Cheng Huang, Naoki Yoshimura et al. Effects of Botulinum Toxin A on SNAP 25 Level and Bladder Function in a Cyclophosphamide Induced Cystitis Model in Rats. Abstract 172. J of Urol 179, N°4, sup, abril 2008
- 14- Christopher Smith, David Gangitano, Alvaro Muñoz et al. Botulinum Toxin Type A Normalizes Alterations in Urothelial ATP and NO Release Caused by Chronic Spinal Cord Injury. Abstract 218. J of Urol 179, N°4, sup, abril 2008
- 15- Takeo Hiraoka, Hiroaki Shiina, Shogo Inoue et al. Validation of Subjective Benefit after Intraprostatic Botulinum Toxin A Injection in Patients with Prostatic Hypertrophy-An Evidence by Real-Time Tissue Elastography. Abstract 1964. J of Urol 179, N°4, sup, abril 2008
- 16- Daniel Schmid, Sharmistha Roy-Guggenbuehl, Matthias Werner et al. The Zurich Experiences Including 6 Years Results of 200 Cases Treated with Low-Dose (100U) Botulinum A Toxin Injections into the Detrusor Muscle for Overactive Bladder Refractory to Anticholinergics. Abstract 1658. J of Urol 179, N°4, sup, abril 2008
- 17- Jonathan Watanabe, Jonathan Campbell, Arlene Ravielo et al. Cost Analysis of Overactive Bladder Treatments for Oral Antimuscarinic Refractory Patients. Abstract 157. J of Urology 179, N°4, sup, abril 2008
- 18- Angelo Gousse, Paholo Barboglio, Daniel Caruso et al. 100 vs. 150 Units of Intra-Detrusor BotoxR: Dose Differences in OAB-Dry Patients? Abstract 1374. J of Urol 179, N°4, sup, abril 2008
- 19- Efficacy of Repeated Injections of Botulinum Toxin A in Patients with Overactive Bladder and Idiopathic Detrusor Overactivity. Christopher Dowson, Arun Sahai, Jacques Roux et al. Abstract 1285. J of Urol 179, N°4, sup, abril 2008
- 20- Daniel Schmid, Sharmistha Roy-Guggenbuehl et al. Effect of Repeated Intradetrusor Injections of Botulinum A Toxin on Bladder Capacity, Detrusor Pressure and Compliance for Treating Patients with Idiopathic Detrusor Overactivity. Abstract 1661. J of Urol 179, N°4, sup, abril 2008
- 21- Arun Sahai, Phillipa Sangster, Vinay Kalsi et al. Assessment of Urodynamics and Detrusor Contractility Following Botulinum Toxin A Treatment for Overactive Bladder. Abstract 1286. J of Urol 179, N°4, sup, abril 2008
- 22- Angelo Gousse, Paholo Barboglio, Daniel Caruso et al. The Need for Intermittent Catheterization during Repeated BotoxR Injections for Idiopathic OAB. Abstract 1659. J of Urol 179, N°4, sup, abril 2008
- 23- Heinrich Schulte-Baukloh, Jacqueline Herholz, Hans Bigalke et al. Therapy Failure after Botulinum Neurotoxin Type A (BoNT/A) Detrusor Injections in Children/ Adolescents: Preliminary Results of the First BoNT/A Antibody Study. Abstract 861. J of Urol 179, N°4, sup, abril 2008
- 24- Christoph Lang, Robert Eichel, Saladin Alloussi et al. 5 Years of Clinical Experience with Transurethral Botulinum Toxin A (DisportR) Injection in the Therapy of Drug Refractorial Detrusor Overactivity. Abstract 1510. J of Urol 179, N°4, sup, abril 2008
- 25- Shahid Khan, Apostolos Apostolidis, Gwen Gonzales et al. Periodic Intra-Detrusor Injections of Botulinum Neurotoxin Type A in Patients with Intractable Detrusor Overactivity. Abstract 1660. J of Urol 179, N°4, sup, abril 2008
- 26- Six Years Follow up of Botulinum A Toxin Intradetrusorial Injections in Patients with Refractory Neurogenic Detrusor Overactivity: Clinical and Urodynamic Results. Antonella Giannantoni, Ettore Mearini, Alessandro Zucchi et al. Abstract 1284. J of Urol 179, N°4, sup, abril 2008

La relación médico paciente en Rehabilitación

Daniel M. Guichón¹

Evaluación y atributos de la calidad de la atención médica

La supervivencia de las estructuras asistenciales en rehabilitación y especialmente el lugar protagónico que tenemos los médicos que desarrollamos esta especialidad, depende de un aspecto imprescindible, la calidad de la atención que se ofrezca.

Avedis Donabedian¹ define la calidad como “el grado por el cual los medios más deseables, se utilizan para alcanzar las mejoras posibles en salud”. Es decir, que implica la aplicación de conocimientos científicos y tecnológicos para que rindan el máximo de beneficios en esta área, sin aumentar los riesgos.

La **noción de calidad** que se desarrolló desde principios del siglo XX, permitió posteriormente la creación de organizaciones que se encargarían de controlarla, y a partir de allí, surgió lo que conocemos como **Auditoría Médica**.^{2,3,4}

Este concepto incluye la existencia del cumplimiento de ciertos atributos:

- La eficacia (capacidad técnico-científica para lograr resultados).
- La efectividad (el grado de mejora de la salud en relación al máximo posible).
- La eficiencia (capacidad reducción de los costos sin disminuir los logros obtenidos).
- La equidad (distribución de acciones de asistencia médica conforme a lo justo y razonable).
- La aceptabilidad (de acuerdo con los deseos y expectativas de las personas).
- La legitimidad (enquadre social dado por principios, normas, leyes, etc.)

Con este marco de referencia, la **Auditoría Médica** suele evaluar dos grandes áreas:

1. Evaluación de establecimientos y servicios (Acreditación).

2. Evaluación de normas y procedimientos (cumplimiento de criterios de atención estándar).

A partir de estas premisas, en cada sistema de salud se recomienda considerar en la observación, distintos aspectos:

1. La estructura. (Planta Física, Recursos Humanos y Equipamiento).
2. El contenido (procedimientos, conocimientos y habilidades profesionales, manejo de historias clínicas etc.)
3. El proceso (flujogramas, cronogramas, listas de espera, raciones, desperdicios, comunicaciones, etc.)
4. Los resultados (radica en la identificación de indicadores de rendimiento y calidad, como se modificó el estado de salud del paciente, etc.)
5. Los efectos (valorados por la comunidad como aumento de la expectativa de la vida productiva, disminución del riesgo de enfermedades, incremento del grado de curaciones y de rehabilitación, etc.)

Se evidencia en consecuencia, un gran interés destinado a encontrar patrones para cuantificar, comparar y controlar la atención médica, a través de los cuales, se demostrará un determinado valor de calidad.

De todos los existentes, el criterio que parece principal para estimarla, es el de “**Evaluación de Resultados**”. Esta variable implica conocer la modificación del estado de salud del paciente que recibe los servicios.

Sin embargo, hasta el momento éste es un método con grandes limitaciones porque, teniendo en cuenta la cantidad de condiciones que están en juego, no existe necesariamente relación causal entre la calidad de la atención impartida y los resultados obtenidos.

La relación médico-paciente como parte de la calidad de atención médica

Frente a la dificultad comentada aparece en consecuencia una brecha, que permite deducir que hay variables no consideradas de manera suficiente en el análisis, y que podrían influir en los resultados de los tratamientos. Muchos médicos, sentimos que si bien los parámetros

Correspondencia: guix6@netverk.com.ar

Recibido 6-1-09

Aceptado 14-2-09

señalados precedentemente son muy importantes, resultan incompletos para evaluar la calidad de la atención. En este universo teórico, la relación médico paciente es una variable que por lo común, no tiene mayor desarrollo conceptual que su simple señalamiento como un atributo necesario que debe estar presente. Se suele pensar que forma parte de las habilidades que tiene cada profesional cuando atiende pacientes, y a las que se podrían catalogar como "intuitivas". Esta forma habitual de interpretar el proceso, no sólo no cumple con su función sino que lo desacredita, pues por lo común intenta justificar acciones profesionales insuficientes, y en definitiva, encubre incompetencia o ignorancia.

Deseo plantear que la relación médico-paciente, es un atributo básico de la calidad de la atención médica en general y particularmente de las personas con discapacidad.

Me refiero a la misma, nutrida con los nuevos conocimientos científicos y tecnológicos y no con el concepto tradicional.

Lo que afirmo surge desde la profunda resistencia que comparto con otros profesionales, a caer en el malestar de practicar una medicina que a fuerza de riqueza técnica y de posibilidades instrumentales, queda empobrecida interiormente, empequeñeciendo o haciendo desaparecer a las personas que atendemos y a nosotros mismos. Quisiera como ejemplo, relatar una pequeña viñeta clínica:

Hace pocos meses, un amigo, colega, tuvo que realizarse en un importante sanatorio, una colonoscopia para un control preventivo de su salud. Eligió y acordó con un profesional de su conocimiento y confianza para que le realice la práctica. Llegó el momento y con la preparación adecuada, se presentó en el horario del turno que tenía asignado. Con gran eficiencia se cumplieron los trámites correspondientes a cobertura social, autorización de órdenes y demás, y posteriormente lo hicieron pasar a un sector de estudios donde se le inicia la inducción anestésica previa. Aquí, vagamente percibió que ya había llegado al lugar el especialista consultado. Terminado el estudio y una vez recuperado de la anestesia, un técnico le informa que el doctor ya se había retirado aunque el estudio había salido bien no obstante haberle extirpado un pequeño pólipo por lo que tenía que pasar a buscar el informe escrito en unos días más. En este caso, la Auditoría, como la conocemos, probablemente acredite el procedimiento como adecuado, pues se han cumplido algunos de sus indicadores de calidad de atención. No obstante, el procedimiento tiene dificultades en advertir la falla relacionada con la marcada precariedad existente respecto a la contemplación de aspectos relacionados con la cuestión interpersonal.

No se puede dejar de considerar, que lo ocurrido es una

forma de accionar habitual, sobre todo en algunas especialidades como las que realizan prácticas o estudios de diagnóstico donde la relación médico paciente es habitualmente impersonal, y el que debe organizar y conducir la asistencia es el médico que deriva. Esta situación podría, con algunas reservas, no ser motivo de cuestionamiento bajo estas condiciones.

No obstante, no es recomendable que esto suceda en ninguna otra especialidad y por supuesto tampoco en la nuestra.

¿Qué sabemos de la relación médico-paciente?

Si bien el de la relación médico-paciente es un tema conocido, este vínculo, generalmente está estimado de manera muy simplificada, y sin buscar mayor profundidad teórica se limita a algunas concepciones básicas.

Por lo común los médicos creen que se trata de actitudes como:

- "Brindar a los pacientes mayor tiempo de consulta"
- "Escuchar a los pacientes un poco más"
- "Hay que ponerles la oreja"
- "Comportarse amablemente con ellos"
- "Actuar con simpatía y comprensión"
- "Permitir que se desahoguen"
- "Pedir todos los estudios que el paciente o familiares requieran"
- "Otros"

Esta sencilla valoración de la cuestión está fundada muchas veces, en la creencia de que estas actitudes resultan beneficiosas para las personas que asistimos.

A la vez, la perspectiva citada, permite a muchos profesionales utilizarla como una estrategia intuitiva en la atención, ocasionando frecuentemente, el desarrollo de una especie de "coraza o callo protector", destinada a que los problemas de los que asisten, no los afecten.

Esta manera de pensar no es inesperada, sino que, probablemente sea la consecuencia de nuestra formación profesional que comienza al ingresar a la facultad de medicina y que se enfatiza en el modelo biomédico basado en el déficit.

Desde los inicios de la carrera universitaria, la enseñanza manifiesta una tendencia a mostrar una marcada disociación de los aspectos biológicos en relación a los demás que conforman al ser humano.

La búsqueda de lograr que seamos más objetivos es la finalidad de dicho procedimiento.

No se cuestiona que esta cualidad- la de la objetividad- sea necesaria e imprescindible para el ejercicio profesional, pero también permite suponer, que apunta a que nuestros sentimientos no interfieran ni nos expongan, cuando hay que tomar decisiones.

Como lo anticipara, esta postura precaria que se suele

adoptar, no se compadece con los recientes paradigmas científicos que estimulan a incorporar otros criterios.

Al respecto, quisiera traer a colación los pensamientos de E. Morín.⁴ “El conocimiento científico fue concebido durante mucho tiempo como teniendo por misión la de disipar la aparente complejidad de los fenómenos, a fin de revelar el orden simple al que obedecen. Pero si los modos simplificadores del conocimiento mutilan, más de lo que expresan, se hace evidente que producen más ceguera que elucidación”.

Más adelante comenta “la idea de complejidad incluye la imperfección porque incluye la incertidumbre y el reconocimiento de lo irreductible. La simplificación es necesaria, pero debe ser relativizada. Es decir, que yo acepto la reducción consciente de que es reducción, y no la reducción arrogante que cree poseer la verdad simple, por detrás de la aparente multiplicidad y complejidad de las cosas”.

Reflexionando sobre los dos párrafos precedentes, surgen algunas consecuencias de orden práctico:

- Que según sea la postura y amplitud de la mirada que adoptemos sobre la situación, nuestros juicios diagnósticos y terapéuticos serán más o menos eficaces y también variarán el número de errores que podemos cometer.

- Que los médicos, con fines operativos, solemos y necesitamos acotar el campo de acción para poder operar sobre él. Recortamos el área de análisis para poder entenderlos problemas. Pero ocasionalmente, cuando no se producen los resultados esperados, esto nos molesta y frecuentemente se facilitan las reacciones omnipotentes. En este caso, no podemos incorporar suficientemente el concepto de complejidad.

- Que no se puede prescindir de una debida formación teórico- práctica de estas consideraciones, si es que uno desea tener una visión totalizadora, para incorporarlas a la praxis cotidiana.

La relación médico-paciente y la ética:

La relación médico-paciente es la piedra fundamental del acto médico, no existe el mismo sin la presencia de estos dos seres humanos que interactúan.

Es un contacto interpersonal, de carácter profesional, íntimo y asimétrico, en la que un hombre dotado de un saber específico presta un servicio a otro hombre que le solicita ayuda por necesidad.

Esta interconexión está ligada profundamente con la ética⁵.

La cualidad moral en el oficio del médico es imprescindible porque en esta dinámica impera la confianza del paciente y afloran circunstancias muy íntimas del mismo. El médico tiene, aunque no sea consciente, una determinada concepción antropológica del hombre y esto constituye su ética

Por lo tanto, hay múltiples maneras de concebir a una persona, y de acuerdo a la forma en que la veamos, será la modalidad con la que le prestemos la atención y las preguntas que nos haremos.

La filósofa argentina Esther Díaz⁶ expresa que “la ética es la relación con los demás pero primero es la relación con uno mismo”.

No debemos olvidar que la decepción cínica con un paciente nos enfrentará siempre, con un dilema ético. En este marco referencial, se hace imprescindible repensar el concepto desde la subjetividad y no sólo atender a la objetividad.

El lugar del médico y la subjetividad

“Los médicos no preguntan más quién es este hombre sino qué tiene este enfermo. La educación médica no nos ha preparado para buscar y encontrar a ese hombre en su paciente. Lo interrogamos pero no conversamos con él. Nos relacionamos con el cuerpo y no con el ser humano en su integridad” (Pablo Latape).⁷

Algunas interrogantes que podríamos hacernos, pueden introducirnos en el importante lugar que ocupa nuestra subjetividad en cada encuentro con las personas que asistimos:

- ¿Atendemos igual a todos los pacientes?
- ¿Preferimos algunos pacientes y elegimos derivar a otros?
- ¿Un mismo paciente es atendido de la misma manera por dos profesionales distintos?
- ¿Otorgamos prioridad a los mismos problemas?
- ¿En qué lugar ubicamos la frustración, equivocaciones y el enojo que nos puede producir la tarea?
- ¿Somos conscientes de cuán involucrados estamos cuando atendemos?
- ¿Es conveniente que nos disociemos entre lo que sentimos y lo que hacemos?
- ¿Pagamos algún costo por ello?

Cotidianamente pueden tener lugar distintos tipos de sentimientos respecto a determinados pacientes que se pueden expresar con frases tales como:

- ¡Era para problemas!
- ¡Me cae simpático!
- ¡Me produce mucha pena!
- ¡Me tiene cansado!
- ¡Voy a quedar mal parado!
- ¡Con esta persona me luzco!

Uno se puede enojar y cuestionar a un paciente e incluso a un familiar, o irse a su casa sin poder sacarse el caso de la cabeza y pensando en como resolverlo. Puede incluso advertir el esmero especial que pone con algunos y la necesidad de desembarazarse de otros.

En algunas circunstancias, esta situación molesta y perturbadora puede conducir a que resulte más cómodo eliminarla de alguna manera del campo de nuestra mirada, para luego poder aplicar la tecnología aprendida.

Los pacientes demandan ser atendidos por un padecimiento tanto físico como psíquico. Sienten que algo no está bien o bien, no comprenden que les está pasando. Allí aparece el sufrimiento.

El médico, a su vez, es el que tiene un determinado poder que le daría a la persona atendida la posibilidad de salir de esa situación.

Cuando el profesional decide ocuparse del “sujeto” entendido como ser bio-psico-social, suele tener dificultades en **describir la problemática** siguiendo los criterios del objetivismo al intentar incorporar su subjetividad y el contexto en el que se inserta. Simultáneamente, no cuenta habitualmente en su formación con suficientes conocimientos teóricos para adentrarse en aquel campo. Los médicos suelen decir ¡Este caso es de libro! Esto se afirma cuando se cree que el mismo responde a todos los parámetros descritos en la literatura especializada, situación que les produce una agradable sensación de seguridad, pues, lo que tienen que hacer es respetar fielmente los protocolos establecidos. Sin embargo, en la práctica sucede, que esto constituye solo una ilusión debido a que los pacientes suelen no ajustarse a esas expectativas y requieren desarrollar nuevos parámetros para comprender y resolver la atención.^{7,8,9}

La asistencia habitual de personas nos producen diferentes sensaciones, que son exclusivamente nuestras, pero también, las que nos transmiten los pacientes. Es posible que ante el mismo paciente los médicos tengan sentimientos particulares e incluso contradictorios entre sí, como suele verse en algunos ateneos clínicos.

Esta diferente manera de conectarse produce diagnósticos, pronósticos y tratamientos con “*matices*” distintos. En consecuencia: ¿Se puede ser totalmente objetivo en medicina?, ¿No merecería darle algún grado de complejidad a este enfoque tradicional?

Lo común, es que aparentemente no estemos preparados ni tampoco dispuestos a atender estas cuestiones.

A pesar de las evidencias, se observa en el pensamiento instalado, un intento pertinaz de la medicina por mantener la objetividad cuando es prácticamente imposible. En consecuencia, resulta sumamente importante incorporar herramientas conceptuales que permitan estar mejor posicionados en cada consulta.

Somos uno de los soportes de la relación médico-paciente y por lo tanto debemos hacernos cargo de los efectos importantes de ese rol. No sólo no podemos evadir esta situación que está siempre presente, sino que, resulta conveniente tenerla en cuenta para que nuestras intervenciones resulten más operativas.

Se produce en consecuencia una situación paradójica, aunque se desee o intente no atender al sujeto, igual se lo atiende, y por lo tanto, se genera un vínculo relacional condicionado a esta situación inconveniente. Inevitablemente estará presente en nuestras decisiones. No olvidemos que compartimos una dinámica inter-relacional, una especie de inter-juego entre personas donde a través de la ayuda técnica: Se lograrán abrir algunas opciones que favorecerán u obstruirán diversos caminos con la consecuente mejoría o no del que consulta.^{5,17}

Frente al problema de enfermar o estar discapacitado, se encontrarán y participarán dos personas, médico y paciente. Ambos portarán sus respectivas creencias, historias y posiciones en relación al tema. En este espacio tendrán la posibilidad de producir un hecho nuevo, un acuerdo de significados y procedimientos para encontrar un posible camino de tratamiento.⁸

Los médicos encontramos claramente nuestro lugar, cuando podemos “escuchar adecuadamente” lo que demandan los pacientes, y “soportamos” lo que ello acarrea.

Quisiera destacar cuatro aspectos de estas últimas reflexiones:

- Respecto a un mismo paciente, cada profesional que lo ve, se posiciona de una manera individual, personal y exclusiva; jerarquiza algunos aspectos, minimiza otros.
- La subjetividad tiene un lugar muy fuerte en la relación con ellos y una gran influencia en nuestras resoluciones.
- Si desconsideramos la subjetividad, trabajamos de manera incorrecta pues muchas variables pasan inadvertidas.
- El conocimiento de estos aspectos de la relación permite transformarlos en operaciones terapéuticas.

Se puede relativizar la importancia de lo expuesto precedentemente, pero dicha actitud tendría por lo menos dos connotaciones negativas. La primera se refiere a tener que restringirse a las limitadas opciones de diagnóstico y tratamiento disponibles, y la segunda, está ligada a la fuerte sospecha de que este estilo de atención conlleva una especie de toxicidad que termina enfermando al profesional actuante (Síndrome de Burn Out, caracteropatías profesionales, invalidez o muerte temprana, etc.)

En otras palabras, y la evidencia es contundente, se pagan altos costos por mantenerse aferrados a una postura exclusiva.^{8,10,11,12,13}

La incumbencia profesional

La persona con una discapacidad que concurre a la consulta trae sus necesidades a cuesta sin importarles que áreas profesionales deben asistirlos.

Considero que si bien el mundo de la subjetividad es ampliamente abarcado y tratado por la Psicología, el médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, más aún, cualquier médico, debería conocer y aplicar técnicas especiales relacionadas con lo que es el vínculo, el concepto de transferencia, encuadre, “tipo de padecimiento” que se va conformando entre los participantes, etc. Es importante aclarar que esta postura no pretende invadir el campo de trabajo ni las incumbencias de los profesionales de la psicología, sino por el contrario, comprender la problemática de una manera más amplia y además facilitar el abordaje interdisciplinario.

La literatura médica arroja cada vez mayores recomendaciones en relación la necesidad de conocer mejor a los pacientes y también sobre la importancia de las terapéuticas del comportamiento y de lo imprescindible de la educación. Los pacientes reclaman cada vez con mayor intensidad que les den información sobre lo que les ocurre y lo que se les realiza y mayor accesibilidad en todo sentido. Existe además una evidencia sustancial que demuestra que la buena relación médico paciente puede mejorar los resultados de los tratamientos y también las condiciones fisiológicas e inmunológicas de los pacientes. El enfoque que defiendo apunta a que es imprescindible la incorporación de estos criterios en la praxis cotidiana para operar eficientemente en la relación médico paciente.

Condiciones particulares y habituales de la tarea del médico rehabilitador^{8,11,14}

La atención en rehabilitación tiene una serie de características propias de la especialidad. Menciono algunos ejemplos sin que esta enumeración tenga carácter taxativo:

- a. Habitualmente la relación entre los médicos y sus pacientes es prolongada.
- b. Las situaciones que se atienden son de evolución crónica más que aguda.
- c. Están presentes frecuentemente, un variable número de secuelas o deficiencias permanentes o progresivas.
- d. El entorno del paciente suele participar de forma muy activa y de manera diferente a las situaciones agudas.
- e. Tanto el grupo familiar como el social o laboral, sufre concomitantemente lo que ocurre con el paciente y se involucra en el proceso de rehabilitación. Esta condición influye tanto en forma positiva como negativa.
- f. Aparece en esta red interna, la necesidad de procesar una situación de duelo.
- g. El estado del paciente y sus necesidades variarán permanentemente.
- h. La evolución biológica u orgánica de una dolencia no cursan necesariamente de manera simultánea ni en los mismos tiempos que lo que ocurre en el ámbito psicológico y emocional del paciente ni de su familia.

Como cualquier otro, los médicos que trabajamos en rehabilitación, no estamos libres de tener prejuicios acerca de ciertas situaciones dilemáticas.

Estamos influidos en las intervenciones por nuestras propias ideas de lo que significa paternalismo, segregación, dependencia, integración, etc.

Es menester estar preparado para identificar y asistir el surgimiento de mecanismos de defensa en los pacientes que se ocupan de conducir el sentir propio de un proceso traumático.

Otros aspectos relevantes para atender personas con estas características incluyen, como se anticipara, tener en cuenta la manera de efectuar el duelo -muchas veces de manera patológica-, de negar o aceptar la realidad en la que se está inmerso, y finalmente estar advertido la forma en que lo subjetivo tiene repercusión orgánica.

No puede olvidarse tampoco, que existen desde distintos ámbitos, intereses múltiples que acompañan a las personas discapacitadas en el proceso de rehabilitación.

Entre ellos se pueden destacar a:

- a) Las autoridades administrativas que regulan los recursos y buscan algún grado de eficiencia;
- b) Los cuerpos profesionales conforme a su grado de acreditación y categorización;
- c) Motivaciones éticas individuales de los médicos a saber: elevar su competencia técnica científica, logro de una práctica correcta y jurídicamente segura; equipos de trabajo conformados; investigadores y su manera de evaluar los datos.

Esto requiere una postura reflexiva de nuestra parte para compatibilizarlos y equilibrarlos en beneficio de los pacientes.¹⁵

Por estas condiciones señaladas resulta tan importante contar con un marco de actuación adecuado para permitirnos la lectura de las distintas variables que son propias de las patologías provocadas por el desvalimiento.

El médico Fisiatra y su campo de trabajo

Las personas que atendemos están en una situación de vulnerabilidad y desvalimiento, nuestro deber es ayudarlos a vivir con las dificultades que ello acarrea.

Algunas de ellas las sortearán con mayor facilidad, y otras, encontrarán numerosos escollos.

El Dr. Cibeira en su libro Bioética² refiere que “la discapacidad provoca un síndrome más peligroso que el dolor, el sufrimiento, que reside en el alma... Por eso la rehabilitación debe orientarse principalmente a la psicología del paciente”.

En otro párrafo comenta: “Una cosa es la medida y otra el significado. La valoración es distinta de la evaluación”. La primera puede ser hecha por un asistente, representa lo estático del problema”. Los médicos de rehabilitación tenemos el desafío del “significado”.

La sabiduría que encierran estas frases de uno de mis maestros consiste en rescatar lo subjetivo y a la vez la necesidad de una mirada que supera la precaria simplificación en el análisis de esta problemática.

Cabe recordar además las ideas de Romero en su artículo "Psicología de Enlace y Rehabilitación"¹⁶ quien dice que la asistencia, es un campo de reflexión en el que se analiza lo que se quiere hacer, lo que se dice, lo que se hace y lo que se puede hacer en la práctica cotidiana. Espacio que propone producir sentidos intentando discriminar objetivos (implícitos y explícitos), compartir (coincidencia y diferencias) y detectar lo no alcanzado, lo omitido y lo sabotado.

Este autor complementa con sus recomendaciones el pensamiento anterior describiendo paso a paso lo que debe implicar nuestra labor.

Respecto de esta última, se inicia un cambio de perspectiva por parte de la OMS y la edición de su Manual CIDDM,¹⁷ lográndose tener una visión más amplia y concertada a nivel internacional del problema de la discapacidad. De tal modo, que el enfoque diferenciado y a la vez integrado de los conceptos Deficiencia-Discapacidad-Minusvalía permiten identificar distintos niveles relacionados con las necesidades de los pacientes. Asimismo, se posibilita la identificación de diversas áreas para la intervención.

Regidos por este enfoque, de las tres categorías o niveles de participación que se definen, parece conveniente desde mi punto de vista, que los médicos de rehabilitación desarrollemos el campo de acción para nuestra actividad en los aspectos relacionados principalmente con el ámbito de la Discapacidad. Esta recomendación se basa en que es dicha área donde por lo general contamos con la mayor cantidad de recursos humanos, de equipamiento, de procedimientos y de establecimientos de salud. Podemos también intervenir, probablemente en menor cuantía, en el proceso donde se genera la Deficiencia y también en el de la Minusvalía.

Cabe señalar, que aún siendo más activos en la etapa de la Discapacidad, no debe olvidarse que todos estos procesos son dinámicos y nuestra postura debe adecuarse. Varían constantemente las necesidades de los pacientes y los diferentes acontecimientos que con el paso del tiempo les van ocurriendo, el contexto donde tienen lugar estos sucesos, el espacio donde deben asistirse. Se modifican asimismo los equipos de salud, los profesionales asistentes, la manera en que participan familiares, amigos y compañeros de trabajo.

Enfoque sobre el individuo o sobre la sociedad

Como anticipara anteriormente, estamos acostumbrados a manejarnos con los conceptos provenientes de nuestra formación profesional fuertemente influenciada por un

modelo biomédico que no sólo define la forma de capacitación, sino también nuestro perfil.

En este enfoque la discapacidad está centrada en el individuo y presupone que la misma puede ser objetivada.

La especialidad nos pide que definamos a la persona discapacitada, y **de acuerdo al marco teórico que compartamos y hagamos propio**, diseñemos nuestras actuaciones futuras y las estrategias de intervención.

Sin embargo, no es sencillo contar con una conceptualización clara de los alcances de la misma.

Comúnmente se piensa que los discapacitados tienen un problema, que este problema es exclusivamente suyo, y en consecuencia, tendrán que enfrentar las dificultades de relacionarse con los restantes miembros de una sociedad a la que se considera "normales".

Explicar así los hechos parece limitado, pues omite adjuntar aspectos centrales de la discapacidad tales como la participación de otros componentes individuales o socio ambientales. Lo dicho tiende a generar tanto la autoconciencia "de clase social especial", como la estigmatización, "etiquetamiento", la segregación y en cierto modo, la dependencia.¹⁸

Otro modelo de enfoque, más infrecuente, pero que cada vez cobra mayor vigencia, surge de considerar a la persona fundamentalmente como un ser social-relacional y por lo tanto interpersonal.

Desde esta posición, el camino estaría dirigido a la búsqueda de una sociedad inclusiva que intente evaluar las necesidades y cuidados individuales y a proveer servicios y recursos.

Lamentablemente no se ha profundizado acerca de estas ideas por sí mismas complejas y por lo tanto no se conoce lo suficiente como para darles un giro a su comprensión.

Los médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación deberíamos incorporar mucho más el debate sobre éstos temas en nuestros ámbitos académicos.

Necesitamos capacitarnos en estos contenidos, adquirir habilidades y destrezas en el manejo de la relación con nuestros asistidos. El conocimiento de sus secretos y la preocupación por el continuo perfeccionamiento se perfilan históricamente como una condición primordial para el cumplimiento exitoso del acto médico.

Pienso que es posible meditar acerca de todo lo expuesto, multiplicar las opciones que le damos a la gente y gratificarnos al cumplir con la responsabilidad de atender a una persona con discapacidad.

Siento que nuestra especialidad es hermosa para el logro de estos objetivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bobes García J. Bousoño García M. Calcedo Barba A. Gonzalez García M. Trastorno de estrés postraumático. Masson 2000
2. Cibeira José. Pruebas de valoración de la etiopatogenia, Deficiencia, Discapacidades y Minusvalías. Cap 6. Bioética y Rehabilitación. Editorial El Ateneo. 1997
3. Diaz Esther. Conferencia. El poder y la sexualidad. Buenos Aires. 1997
4. Donabedian Avedis. Una exploración conceptual en la calidad de la Atención Médica. La Prensa Médica Mejicana. 1982
5. Gómez Esteban R. Cap. 3 .La formación del médico. R. Gómez Esteban. El médico como persona en la relación médico.-paciente. Editorial Fundamentos. 2002
6. Guichón D. Varela R. Avila A. Lagunas H. De Isasi E. Gulayin I. El campo de la relación médico paciente. Sus problemas clínicos cotidianos. Seminario en Hospital Interzonal de Agudos Prof. Dr. R Rossi de La Plata. 1993
7. Guichón D. Varela. R. Avila A. De Isasi E. La neurosis traumática en rehabilitación. XII Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación. Mar del Plata. 1994
8. Guichón D. Avila A. Varela R. Lagunas H. De Isasi E. La relación con el paciente: una de las claves del pronóstico. XIV Congreso Argentino, Primer Congreso Hispano. Argentino y VII Jornadas del Cono Sur de Medicina Física y Rehabilitación. Buenos Aires 1997
9. Guichón D. De Isasi E. Avila A. Varela R. y col. "Síndrome de Burn Out" Prevalencia en un Hospital General de La Plata . XVI Jornadas Científicas del H.I.G.A. Rossi de La Plata. 2001
10. Gutierrez R. Normas, criterios y estándares en auditoría general. Curso de Auditoría en Rehabilitación. Buenos Aires. 2002
11. Kazez R. Interdisciplina en discapacidad. Actualidad Psicológica. Discapacidad. AñoXXIII, nº256 (p 23-24)
12. Latape P. O.M.S.. Medicina y Etica. 1988; 2:281-97
13. Maslach C. y Jackson S. Manual de Inventario " Burn Out de Maslach" Ediciones TEA. 1997
14. Miangolarra J.C. y Galán F. Teoría socio ambiental de la funcionalidad humana (un modelo etológico avanzado de interpretación de la capacidad/discapacidad. J.C Miangolarra. Rehabilitación Clínica Integral. Editorial Masson. 2003
15. Morín E. Prólogo. Introducción al pensamiento complejo. Editorial Gedisa. 2003
16. OMS. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Editado por Instituto Nacional de Servicios Sociales. España. 1983
17. Puig Ferrer. Perspectiva Psicosomática de la relación médico-paciente. Medicina Psicosomática. Doyma. 1988 (p 19-22).
18. Romero E. Psiquiatría de enlace y rehabilitación. Boletines y Trabajos. Año LVII- Nº1- Mar-nov 1996 (p 21).



La Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación

agradece a todos los profesionales
que colaboraron con la producción
de esta publicación y a los anunciantes
por su continuo apoyo a nuestra labor.

Han transcurrido dos años de intenso trabajo.

Dra. Myrtha Vitale



Cuando iniciamos nuestra gestión decíamos que si bien dos años es un corto tiempo para ver resultados lo importante, además de continuar con la labor de las gestiones anteriores, era concebir proyectos posibles y sustentables en el tiempo con posibilidades de mejoras continuas.

Nuestra labor la basábamos en cuatro pilares:

- * **Difundir la especialidad con los profesionales de la salud y con las autoridades gubernamentales.**
- * **Continuar con la capacitación profesional.**
- * **Convocar a las Sociedades de MFyR existentes y estimular la creación de nuevas sociedades en el interior del país.**
- * **Trabajar junto a las ONG afines para la sensibilización y difusión de nuestra especialidad en la comunidad.**

He aquí los resultados:

- * **Difundir la especialidad con los profesionales de la salud y con las autoridades gubernamentales. Se realizaron las siguientes actividades:**
 - Se realizó la Jornada de actualización pediátrica Conadis-SAMFYR: con el fin de difundir en los Centros de Salud del GCBA los alcances de nuestra especialidad.
 - Participamos, en la conformación y lineamientos generales de la “Coalición Intersocietaria para la Certificación, Categorización y Acreditación en Trauma, Emergencias y Desastres” (CICCATEC) junto a 17 Sociedades Científicas, en la sede de la Asociación Médica Argentina (AMA).
 - Formamos parte del Comité de Entidades Científicas Certificantes de la Academia Nacional de Medicina, concurriendo a las reuniones plenarias y Jornadas de capacitación.
 - Se firmó un Convenio de intercambio científico con la Asociación Argentina de Terapia Física (AATF).
- * **Continuar con la capacitación profesional. (postgrado y pregrado).**

Durante el primer año de gestión, se decidió enfatizar en temas sobre “Organización en Servicios de Salud”:

Gestión en Rehabilitación y Políticas normativas, Calidad de Vida y su aplicación pediátrica con expertos en diferentes tópicos.

Se inició un Curso anual sobre “Investigación en Rehabilitación” con monografía final y se continuó con el Curso a distancia sobre: “Actualización en la valoración del daño, Deficiencia, Discapacidad, Incapacidad y Minusvalía”.

En cuanto a la capacitación en el pregrado se logró a través de gestiones realizadas en la Facultad de Medicina de la UBA la realización del 1er Curso “Introducción a la Medicina de Rehabilitación” llevándose a cabo en el Instituto de Rehabilitación Psicofísica del GCBA (IREP) para alumnos del ciclo clínico Facultad de Medicina. UBA.

Durante el año 2009: se continuaron y finalizaron los Cursos de: “Investigación en Rehabilitación” y “Valoración del daño”. Programamos varios eventos científicos: “Jornada de Rehabilitación Respiratoria”.

Con total apoyo de la OPS-OMS se realizó el “Curso Internacional de la CIF” a cargo de la Dra. Patricia Soliz Sanchez, Subdirectora de Proyectos Especiales de Medición en Salud, del Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México.

Finalizando el año se desarrollaron dos Cursos de Actualización: “Síndrome del túnel del carpo” y “Ortesis y Prótesis”.

En cuanto a la capacitación de pregrado, la Facultad de Medicina de la UBA decide aceptar un proyecto, de SAMFYR y del Servicio de Fisiatría Instituto de Rehabilitación Psicofísica del GCBA (IREP), que se venía proponiendo a las autoridades desde mucho tiempo, para que los alumnos del internado rotatorio del Hospital de Clínicas José de San Martín, pudieran concurrir al IREP, considerando como antecedente, el resultado positivo del primer curso desarrollado en el 2008. La experiencia fue exitosa ya que el 84% de los rotantes, por encuesta de satisfacción administrada al término de la rotación, desconocían los alcances de la especialidad. El 57% consideró que la rotación fue muy buena y provechosa y buena el 43%.

Otra actividad que hace al crecimiento en cuanto a la capacitación fue la de titularizar a 8 miembros adherentes que cumplieron con los requisitos estatutarios.

Dada la fecunda actividad desarrollada y el apoyo brindado a las reuniones anuales del Capítulo de médicos fisiatras en formación (Cameff), creció el interés de estos jóvenes profesionales, que en número de 46 ingresaron como Miembros adherentes.

*** Convocar a las Sociedades de MFyR existentes y estimular la creación de nuevas sociedades en el interior del país.**

Se les otorgó a las cuatro Sociedades de Medicina Física y Rehabilitación del país: Rosario, La Plata, Córdoba y Mar del Plata un espacio en la pagina Web de nuestra Sociedad para difundir sus actividades, como también a los dos capítulos que dependen de SAMFYR: Carpe: Capítulo Argentino de Rehabilitación Pediátrica y Cameff: Capítulo de médicos fisiatras en formación.

*** Mantenimiento y mejora de la calidad institucional. Hemos incluido este nuevo objetivo con posterioridad, cuyas metas fueron cumplidas.**

Se efectuó la revisión y aprobación del Reglamento del Título de Especialista en Medicina Física y Rehabilitación (publicado en la Web).

Durante el corriente año se llevó a cabo la Certificación-Recertificación en el Comité de Certificación de la Asociación Médica Argentina (CRAMA) de 31 profesionales. Así mismo 10 profesionales certificaron y recertificaron ante el Consejo de Certificación de la Academia Nacional de Medicina (CCPM).

Mantuvimos la publicación de la revista, órgano de difusión científica e integramos el consejo asesor de las

Sociedades Científicas cooficiales de la Revista Rehabilitación de España.

Continuamos como miembros de la Asociación Médica Latino Americana de Rehabilitación (AMLAR) y de la International Society of Physical Rehabilitation Medicine (ISPRM) que ha permitido el acceso gratuito a su publicación científica.

Se realizaron los trámites para el reconocimiento científico por parte del Ministerio de Salud para otorgar certificados de especialistas según la ley 22873. Decr.10/03 Con el fin de mejorar la comunicación con nuestros especialistas se actualizó la base de datos en nuestra WEB y se comenzó a confeccionar el registro nacional de médicos fisiatras por provincias, Hospitales y Centros de Rehabilitación.

En el mantenimiento y la mejora de la calidad institucional no podemos dejar de reconocer a los que contribuyeron con el crecimiento y difusión de la especialidad dentro y fuera del país: nuestros maestros de la Fisiatría Argentina y los profesionales que continuaron el camino durante más de 20 años. Vaya para ellos nuestro sentido homenaje.

El éxito de una gestión depende del “know how”, del “do it on time” y de un equipo comprometido. Aplicando los conceptos de Deming, el mantenimiento y las mejoras de las metas tienen un solo camino que debe repetirse hasta el infinito: planificar, hacer, evaluar y actuar.

Reiterando lo expresado cuando comenzamos la gestión nos identificamos con las palabras y el sentir de Lou Holtz uno de los coach más exitosos del football americano que decía:

“La habilidad es lo que somos capaces de hacer.

La motivación es lo que determina lo que hacemos.

La actitud es lo que determina cuán bien lo hacemos”.

Congresos, Jornadas y Cursos

13th ISPO World Congress

10-15 mayo 2010. Leipzig, Alemania.

Informes: www.ispo-2010-leipzig.com

48 Congreso SERMEF - España

15-19 junio 2010. Las Palmas de Gran Canaria, España.

Informes: www.sermef2010.com

AMLAR 2010

XXIV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Rehabilitación

25-28 agosto 2010. Cartagena de Indias, Colombia.

Informes: www.amlar.org

Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación

4-6 noviembre 2010. Mar del Plata, Argentina.

Informes: www.samfyr.org

Crterios generales para la aceptación de manuscritos

Reglamento de Publicaciones

La Revista Argentina de Rehabilitación (RAR) es la publicación oficial de la Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación (SAMFYR) y considerará para su publicación los trabajos que estén relacionados con esta especialidad. El idioma oficial es el castellano y se aceptarán aquellos manuscritos que cumplan este requisito. Las contribuciones a la RAR deberán ser originales y no publicados en ningún otro medio, excepto bajo la forma de resúmenes de comunicación a Congresos u otras reuniones científicas. Se entiende que el trabajo enviado a la Revista no podrá ser entregado a otra durante el lapso en que el manuscrito esté siendo evaluado por el Comité Editorial de la RAR. La revista constará de las siguientes secciones:

-Editoriales

Se harán preferentemente por encargo de la Dirección o del Comité Editorial de la Revista. El juicio del trabajo quedará en manos de profesionales de reconocida experiencia y autoridad en el tema seleccionados por el Comité Editorial.

-Revisiones

Deberán documentar y sintetizar el conocimiento actual sobre un determinado tema. Se publicará por expresa solicitud del Comité Editorial de la Revista. Se acompañará además de un resumen en castellano y otro en idioma inglés. Ambos resúmenes no deberán exceder las 250 palabras. En la misma página se harán constar 3-6 palabras claves en castellano y en inglés, según el Index Medicus.

-Artículos originales

Serán considerados trabajos de investigación y otras contribuciones originales sobre etiología, fisiopatología, clínica, epidemiología, diagnóstico y tratamiento. Se acompañará además de un resumen en castellano y otro en idioma inglés. Ambos resúmenes no deberán exceder las 250 palabras. En la misma página se harán constar 3-6 palabras claves en castellano y en inglés, según el Index Medicus.

-Casos clínicos

Será una exposición resumida de uno o más casos clínicos infrecuentes o de interés que supongan un aporte importante. Se acompañará además de un resumen en castellano y otro en idioma inglés. Ambos resúmenes no deberán exceder las 100 palabras. En la misma página se harán constar 3-6 palabras claves en castellano y en inglés, según el Index Medicus.

-Comunicaciones breves

Deberá introducir un concepto novedoso, no deberá exceder las 8 páginas, con hasta 15 referencias, y no más

de 2 tablas o figuras. Se acompañará además de un resumen en castellano y otro en idioma inglés. Ambos resúmenes no deberán exceder las 80 palabras. En la misma página se harán constar 3-6 palabras claves en castellano y en inglés, según el Index Medicus.

-Artículos especiales de los distintos Capítulos o Grupos de Trabajo

Serán para documentar y sintetizar el conocimiento actual sobre un determinado tema, expresando la opinión y sugerencias del Grupo en cuestión. Se acompañará además de un resumen en castellano y otro en idioma inglés. Ambos resúmenes no deberán exceder las 250 palabras. En la misma página se harán constar 3-6 palabras claves en castellano y en inglés, según el Index Medicus.

-Cartas a la Dirección

Tendrán el propósito de efectuar algún comentario sobre los trabajos publicados en la Revista, en cuyo caso serán respondidas por el autor del trabajo comentado. No podrán exceder las 200 palabras, 6 referencias y 1 tabla o figura.

-Crítica de libros

La Revista publicará la crítica de libros sobre rehabilitación o temas afines que lleguen a su poder por iniciativa de la Editoriales o que se soliciten a éstas.

Instrucciones para la presentación de manuscritos propuestos para publicación

La Revista sigue, en general, las pautas trazadas por el documento "Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas", elaborado por el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas. Dichas pautas se conocen también como "normas de estilo de Vancouver". En los párrafos que siguen se ofrecen instrucciones prácticas para elaborar el manuscrito, ilustradas con ejemplos representativos. Los autores que no acaten las normas de presentación se exponen al rechazo de sus artículos.

El manuscrito completo no excederá las 10 páginas tamaño carta (216 x 279 mm). Las páginas se numerarán sucesivamente y el original vendrá acompañado de una impresión de buena calidad. Los manuscritos elaborados por computadora o procesador de textos, además del impreso se solicita enviar el disco con la grabación del documento.

Los artículos aceptados se someterán a un procesamiento editorial que puede incluir, en caso necesario, la condensación del texto y la supresión o edición de cuadros, ilustraciones y anexos. La versión editada se remitirá al autor para su aprobación.

Títulos y Autores

El título no debe exceder de 15 palabras. Debe describir el contenido de forma específica, clara, breve y concisa. Hay que evitar las palabras ambiguas, jergas y abreviaturas. Un buen título permite a los lectores identificar el tema fácilmente y, además, ayuda a los centros de documentación a catalogar y clasificar el material con exactitud. Inmediatamente debajo del título se anotarán el nombre y el apellido de cada autor, su cargo oficial y el nombre de la institución donde trabaja. En la Revista no se hace constar los títulos, distinciones académicas, etc., de los autores. Todas las personas que figuren como autores deberán estar calificadas para ello. Cada autor deberá haber tomado parte en el trabajo de manera suficiente como para hacerse responsable públicamente de su contenido. Los miembros que no cumplan con este criterio podrán figurar en apartado de agradecimientos.

Es preciso proporcionar la dirección postal del autor principal o del que vaya a encargarse de responder toda correspondencia relativa al artículo.

Cuerpo del artículo

Los trabajos que exponen investigaciones o estudio por lo general se dividen en los siguientes apartados correspondiente a los llamados "formato IMRYD": introducción, materiales y métodos, resultados y discusión. Los trabajos de actualización y revisión bibliográfica suelen requerir otros títulos y subtítulos acordes con el contenido.

Resumen

Cada trabajo incluirá un resumen, que indique claramente: a) los propósitos del estudio, b) lugar y fecha de su realización, c) procedimientos básicos (selección de muestras y métodos de observación y análisis), d) resultados principales (datos específicos y, si procede, su significación estadística) y e) las conclusiones principales. Se debe hacer hincapié en los aspectos nuevos relevantes. No se incluirá ninguna información o conclusión que no aparezca en el texto. Conviene redactarlo en tono impersonal y no incluir abreviaturas, remisiones al texto principal o referencias bibliográficas. El resumen permite a los lectores determinar la relevancia del contenido y decidir si les interesa leer el documento en su totalidad.

Cuadros (o tablas)

Los cuadros son conjuntos ordenados y sistemáticos de valores agrupados en renglones y columnas. Se deben usar para presentar información esencial de tipo repetitivo, en términos de variables, características o atributos en una forma fácilmente comprensible para el lector. Pueden mostrar frecuencias, relaciones, contrastes, variaciones y tendencias mediante la presentación ordenada de la información. Deben poder expli-

carse por sí mismos y complementar no duplicar el texto. Los cuadros no deben contener demasiada información estadística porque resultan incomprensibles, hacen perder el interés al lector y pueden llegar a confundirlo.

Cada cuadro se debe presentar en hoja aparte al final del artículo y estar identificado con un número correlativo. Tendrá un título breve y claro de manera que el lector pueda determinar sin dificultad qué es lo que se tabuló; indicará, además, lugar, fecha y fuente de información. El encabezamiento de cada columna debe incluir la unidad de medida y ser de la mayor brevedad posible; debe indicarse claramente la base de las medidas relativas (porcentajes, tasas, índices) cuando éstas se utilizan. Sólo deben dejarse en blanco las casillas correspondientes a datos que no son aplicables; si falta información porque no se hicieron observaciones, deberán insertarse puntos suspensivos. No se usarán líneas verticales y sólo habrá tres horizontales: una después del título, otra a continuación de los encabezamientos de columna y la última al final del cuadro, antes de la nota al pie si las hay.

Abreviaturas y Siglas

Se utilizarán lo menos posible. Es preciso definir cada una de ellas la primera vez que aparezca en el texto, escribiendo el término completo al que se refiere seguido de la sigla o abreviatura entre paréntesis, por ejemplo, Programa Ampliado de Inmunización (PAI).

Referencias bibliográficas

Numere las referencias consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto. Las referencias se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis. Los autores verificarán las referencias cotejándolas contra los documentos originales.

Si es un artículo de revista incluya todos los nombres de los autores si son seis o menos, si son más de seis se agrega "et al." (y col.), luego de los nombres de los autores irá el nombre del artículo, el nombre de la revista, año, volumen y páginas. Si es un libro se incluirá nombres de autores, capítulo, autor del libro, nombre del libro, editor y año.

Ej: Palter MJ, Dobkin E, Morgan A, Prevost S. Intensive care management of severe head injury. *J Head Trauma Rehabil* 1994; 9: 20-31

Referato

Los artículos originales presentados a publicación, antes de su aceptación serán revisados por una comisión de por lo menos tres miembros, pertenecientes al comité científico, al comité editorial u otros especialistas en el tema que trate el artículo.



La Sociedad Argentina de Medicina Física y
Rehabilitación es socia de la International
Society of Physical and Rehabilitation
Medicine ISPRM y de la Asociación
Latinoamericana de Rehabilitación AMLAR

Novedades en www.samfyr.org

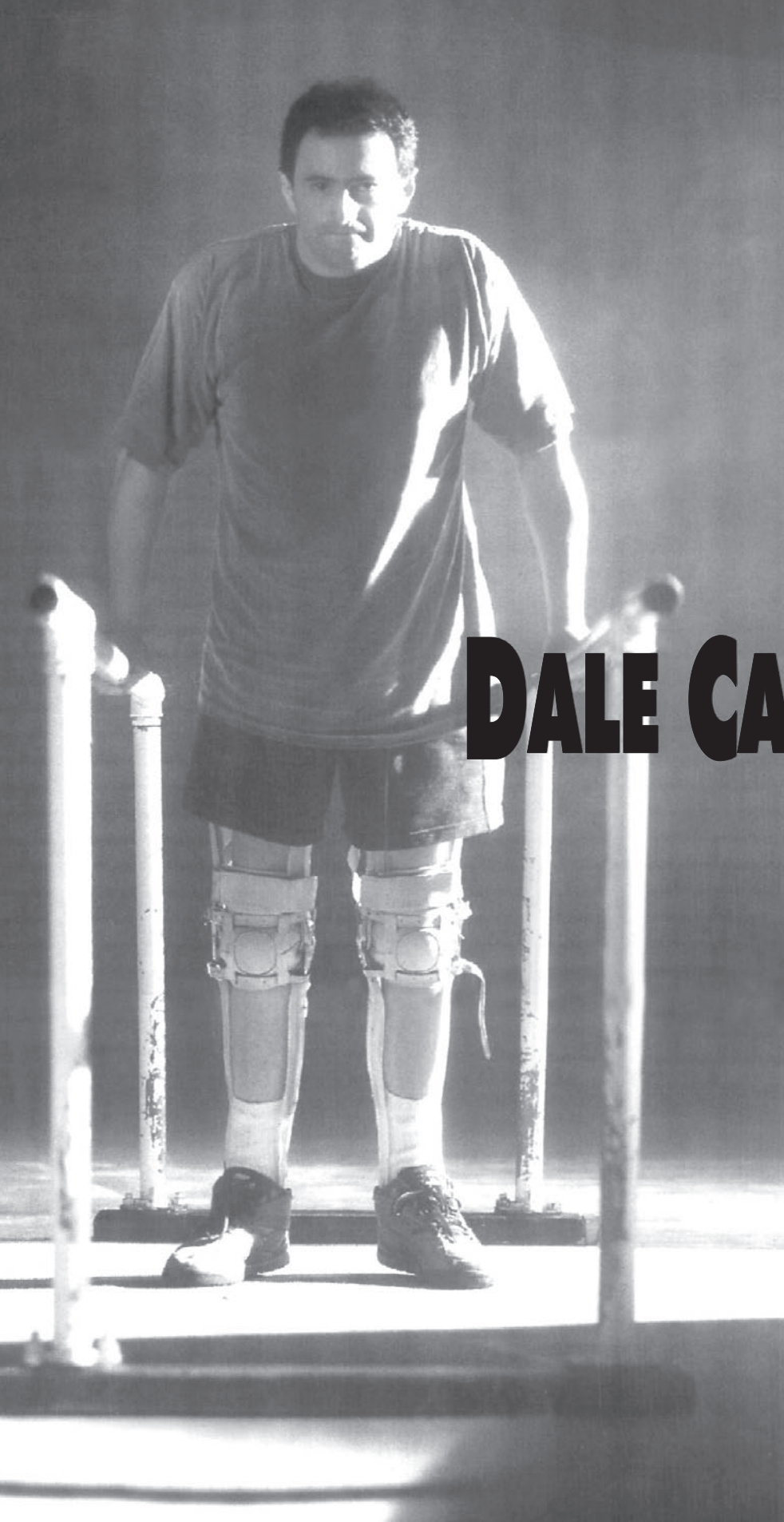
Poniendo en acción las palabras de la actual conducción de la SAMFYR, se llevó a cabo el proyecto de convocar a las Sociedades Provinciales de Medicina Física y Rehabilitación existentes a trabajar conjuntamente y estimular la creación de nuevas Sociedades.

Por este motivo en el sitio web de la SAMFYR se abrió un nuevo espacio donde las distintas sociedades del interior del país pueden exponer sus Autoridades, Actividades y Agenda, al igual que los Capítulos CARPE y CAMEFF. Creemos que esta es una acción que tiende a federalizar a nuestra Sociedad.

La comunicación como medio de divulgación de las diferentes actividades científicas favorecerá la integración y el contacto de los profesionales en todo el país.

Myrtha Vitale

Presidente SAMFYR 2008-2009



DALE CAMPEÓN..!

Alentamos al
discapacitado
en su
rehabilitación.



CONSEJO PUBLICITARIO
ARGENTINO




REVIVIR

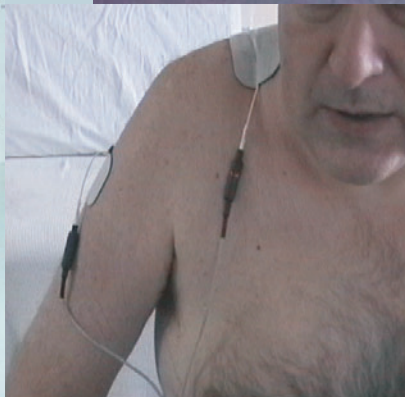
Fundación
Para La Rehabilitación
Del Discapacitado

www.fundacionrevivir.org.ar

Echeverría 955
C1428DQG Buenos Aires - Argentina
Tel./Fax: (54-11) 4788-8832
e-mail: fundacionrevivir@fibertel.com.ar

Personería Jurídica N° 491
Reg. Nac. de entidades de bien público N° 6702

FLEXICAR



- Equipos FES para pedaleo y marcha del lesionado medular.
- Equipos FES para tratamiento de hemiplejías.
- Sillas de ruedas motorizadas, de bipedestación y ultralivianas.



Flexicar Productos Ortopédicos

Islas Malvinas 2618 - (1712) Castelar - Prov. de Buenos Aires - Argentina
Tel (011) 4629-1997; 4661-1982 - flexicar@satlink.com - www.flexicar.com.ar



Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación

Secretaría: Echeverría 955 (1428), Buenos Aires, Argentina | Tel./Fax: + 54 11 4782-6088

e-mail: samfyr@fibertel.com.ar | www.samfyr.org